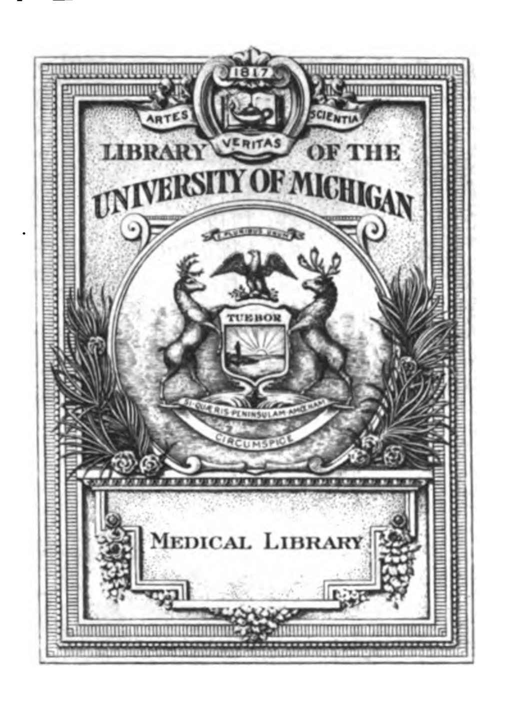

A 3 9015 00382 741 0
University of Michigan - BUHR


1817
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY
OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY



\NE ZEITSCHRIFT

FÜR

HIATRIE

UND

:RICHTLICHE MEDIZIN

.USGEGEBEN VON

\NDS IRRENÄRZTEN

R MITREDAKTION VON

ürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-
a. M., **LAEHR**-Wernigerode, **MERCKLIN**-
:., **PERETTI**-Grafenberg

DURCH

RG ILBERG

TEIN BEI PIRNA A. E.

:HTZIGSTER BAND

D ZWEITES HEFT

: AM 10. MÄRZ 1927



LEIPZIG

'UYTER & CO.

\DLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-
RL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Wiesloch, **KLEIST**-Frankfurt a. M., **LAEHR**-Wernigerode, **MERCKLIN**-Treptow a. R., **PERETTI**-Grafenberg

DURCH

GEORG ILBERG

SONNENSTEIN BEI PIRNA A. E.

SECHSUNDACHTZIGSTER BAND

ERSTES UND ZWEITES HEFT

AUSGEGEBEN AM 10. MÄRZ 1927



BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

1927

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

1./2. Heft.

Originalien.

Fortsetzung auf Seite 3 des Umschlages.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie" kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 33 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 2 bis 3 Bände, deren Hefte alle 3 bis 4 Wochen zur Ausgabe gelangen. Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie, deren Bestellungen der Verein entgegennimmt, wird die Zeitschrift für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den Herausgeber Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Ilberg in Sonnenstein bei Pirna (Sa.),

Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Medizinalrat Dr. Helmut Müller in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

Die Herren Mitarbeiter erhalten für Originalbeiträge M. 24.— Honorar für den Druckbogen und 25 Sonderdrucke kostenlos; Vereins- und Versammlungsberichte, von denen dem Generalberichterstatter 25, den einzelnen Referenten je 12 Sonderdrucke kostenlos geliefert werden, werden nicht honoriert. Für eine weitere Zahl von Sonderdrucken werden die Selbstkosten berechnet.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Wiesloch, **KLEIST**-Frankfurt a. M., **LAEHR**-Wernigerode, **MERCKLIN**-Treptow a. R.

DURCH

GEORG ILBERG
SONNENSTEIN BEI PIRNA A. E.

SECHSUNDACHTZIGSTER BAND



BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.

1927





Inhalt.

Erstes und Zweites Heft.

Originalien.

Seite

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Aus unserer psychiatrischen Gutachtertätigkeit.

Kleinere Mitteilungen.

Drittes, Viertes und Fünftes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Sechstes, Siebentes und Achtes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Geisteskrankheiten im klassischen Altertum[1]).

Von

Prof. Dr. J. L. Heiberg, Kopenhagen.

In älteren medizinalhistorischen Werken wird man die Frage diskutiert finden, ob Geisteskrankheit im klassischen Altertum häufiger oder seltener war als heutzutage, und es ist nicht zu leugnen, daß es für die Geschichte der Kultur vom höchsten Interesse sein würde, wenn diese Frage beantwortet werden könnte. Leider ist aber eine wirklich begründete Antwort ausgeschlossen, nicht nur weil für das Altertum nicht das geringste vorliegt, das auch nur entfernte Ähnlichkeit mit statistischem Material hat, sondern auch, weil Begriffsbestimmungen und Terminologie auf diesem Gebiete sich dermaßen geändert haben, daß ein quantitativer Vergleich unmöglich ist. Ohne Zweifel ist manches, was jetzt als Geisteskrankheit betrachtet wird, im Altertum überhaupt nicht ärztlich behandelt worden, vielleicht sogar gänzlich unbeachtet geblieben. Es gibt jedoch Umstände, die dafür sprechen, daß Geisteskrankheiten in der Tat im Altertum weniger verbreitet waren. Da Syphilis allem Anschein nach nicht existierte, und Alkoholismus, wie überhaupt in Weinländern, eine geringe Rolle spielte, waren damit zwei Faktoren eliminiert, die heutzutage besonders viel dazu beitragen, die Zahl der Geisteskranken zu steigern. Die größere Kindersterblichkeit und die immer erlaubte und nie abgeschaffte Aussetzung schwächlicher Kinder haben nicht wenige Individuen beseitigt, die heutzutage in einer Irrenanstalt gestrandet wären; es ist kein Zufall, daß Geistesschwäche bei Kindern so gut wie nie in der Literatur erwähnt wird, auch nicht in der medizinischen. Daß die antiken Ärzte die Erblichkeit der Geisteskrankheit nicht entdeckt haben, spricht auch dafür, daß konstitutionelle Geistesleiden verhältnismäßig selten waren; die medi-

[1]) Benutzt sind außer den Quellen und der in den Anmerkungen angeführten Literatur:

H. Nasse, De insania commentatio secundum libros Hippocraticos. Bonn 1829. — *J. H. Thomée*, Historia insanorum apud Graecos. Bonn 1830. — *F. Falk*, Studien über Irrenheilkunde der Alten. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XXIII (1866), S. 429 ff.

zinische Literatur beschäftigt sich überwiegend mit vorübergehenden Anfällen. Auch die Gesetzgebung nimmt nur wenig Rücksicht auf Geisteskranke; in Athen konnte der Sohn durch eine Klage wegen „Paranoia" seinen Vater entmündigt bekommen, wenn dessen Dispositionen, wesentlich in Geldsachen, auf Altersschwäche zu deuten schienen, und diese Bestimmung will Platon in seinen Idealstaat übernehmen (Gesetze 928 ff.), wenn auch durch verschiedene Vorsichtsmaßregeln begrenzt; auch die 12 Tafeln der Römer enthielten eine ähnliche Bestimmung über Vormundschaft der Verwandten für „rasende und verschwenderische" Personen. Aus der Ansicht, die Xenophon (Memorab. I 2, 49) dem Sokrates zuschreibt, daß rasende Menschen um ihrer selbst und ihrer Umgebung willen in Ketten gelegt werden sollten, kann für wirklich bestehende Verhältnisse nichts geschlossen werden, wenn es auch ganz glaublich ist, daß man sich durch solche Maßregeln gegen unheilbare und gefährliche Individuen gesichert hat. Aus einer zufälligen Äußerung bei Aristophanes (Vögel 524 ff.) sieht man, daß Geisteskranke die Tempel nicht betreten durften und nötigenfalls durch Steinwürfe verjagt werden konnten.

Aber jedenfalls beweisen die umfassenden und treffenden Beobachtungen der griechischen Ärzte über fast alle bekannten Formen von Geisteskrankheit, daß auch sie über genügendes Material verfügten.

Auf die auffallendsten Abnormitäten ist man natürlich früh aufmerksam geworden; schon die Sagen beschäftigen sich damit. Während Griechenland in der historischen Zeit von den Epidemien religiösen Wahnsinns, die im Mittelalter den Okzident heimsuchten, verschont blieb, hat die Sage von den Töchtern des Königs Proitos in Argos, die Hera beleidigt hatten und daher mit Wahnsinn geschlagen wurden, die Erinnerung an eine solche Epidemie bewahrt; sie irrten in den öden Gegenden von Argos und Arkadien verwirrt umher „mit allerlei Unziemlichkeiten" (Apollodor II 26 ff.) und steckten nach und nach die andern Weiber an, so daß sie ihre Kinder töteten und Haus und Heim verließen. Auch der Dionysoskult muß seinerzeit über Griechenland als ein solcher Wahnsinnssturm hergegangen sein, der besonders die Ansteckung der Exaltation über die Weiber brachte; die Ilias (VI 132 ff., XXII 460—61) kennt sie nur in Thrakien, wo „die Ammen des rasenden Dionysos" mit wild klopfendem Herzen herumlaufen. Obgleich der gänzlich ungriechische Kultus durch griechische Nüchternheit etwas gezähmt wurde, namentlich in Athen, hat er doch nie den Charakter des religiösen Raptus mit künst-

lich hervorgerufener Ekstase ganz verleugnet; bei den bakchischen Nachtfeiern in den Gebirgen Kithairons ging es sehr wild her, und wie die Bacchanalien in Italien gefeiert wurden, als der Dionysoskult in einer historisch voll beleuchteten Zeit dorthin gebracht wurde, schildert Livius (XXXIX 8 ff.) ganz glaubwürdig; ein römischer Senatsbeschluß vom J. 186, wovon ein Exemplar erhalten ist, verbot das ganze Unwesen unter Todesstrafe.

Die mythologischen Beispiele von Geisteskrankheit haben, wie schon Cicero (Tusculan. III 11) bemerkt, meist den Charakter akuter Rasereianfälle (furor); in einem solchen Anfall will Athamas Frau und Kinder töten, Herakles wirft seine Kinder von Megara auf den Scheiterhaufen, Alkmaion und Orestes, die, um ihre Väter zu rächen, ihre Mütter getötet haben, werden wahnsinnig von Gewissensqualen, Aias wird wegen gekränkten Ehrgeizes von Raserei ergriffen und tötet eine Schafherde in dem Wahne, es sei sein Rival Odysseus und Agamemnon, dessen Urteilsspruch ihn gekränkt hat; als er zur Besinnung kommt, nimmt er sich das Leben aus Scham. Von etwas anderer Art ist der Wahnsinn Ios; sie wird rastlos und verwirrt in der Welt herumgetrieben. Auch einen einzelnen Fall melancholischer Geisteskrankheit kennt die Sage; von Bellerophon, der durch vermessenen Übermut den Zorn der Götter erregt hat, sagt die Ilias (VI 200 ff.), daß er „einsam auf der Aleischen Ebene herumirrte, sein Herz verzehrend und die Spuren der Menschen scheuend". Die homerischen Gedichte wissen sonst wenig von Geisteskrankheit und Wahnsinn; Wendungen wie „die Götter nahmen ihm den Verstand" u. ä. sind nicht medizinisch aufzufassen, und ebensowenig kann ich in der Erzählung von Kirke, die die Genossen des Odysseus in Schweine verwandelt, eine medizinische Unterlage finden; daß das Wort „rasen" (μαίνεσθαι) sowohl wilde Kampfeslust als heftige Leidenschaft bezeichnen kann (Ilias V 185, XXIV 114 usw.), darf auch nicht zu tiefsinnig ausgelegt werden. Eher kann die Verwendung von „lyssa" für Kampfraserei (Ilias IX 239, 305; XXI 542, vgl. XIII 53) auf Erfahrungen in der Richtung von Berserkerwut deuten; denn das Wort bedeutet auch Hundswut. (Ilias VIII 299). Und als der Seher Theoklymenos den Tod der Freier prophezeit und im Geiste Blut und Leichen schaut, halten die Freier ihn spöttisch für verrückt und meinen, daß er frische Luft nötig habe (Odyss. XX 350 ff.).

In den Sagen tritt Geisteskrankheit in der Regel als eine von den Göttern verhängte Strafe auf, wie übrigens auch andere Krankheiten und Unglücksfälle. Diese Auffassung verspürt man noch bei Herodot

1*

(VI 84), wenn er die Ursache des Wahnsinns des spartanischen Königs Kleomenes [1]) sucht und zu dem Ergebnis kommt, daß es die Strafe sei für sein Auftreten gegen Demaratos, dessen Absetzung er dadurch erreicht hatte, daß er die Pythia dazu überredet, ihn fälschlich für unecht geboren zu erklären. Die Argiver meinten, Kleomenes sei mit Wahnsinn geschlagen worden, weil er eins ihrer Heiligtümer verbrannt hatte; aber die Spartaner selbst behaupteten, daß die Krankheit garnicht durch Eingreifen der Götter veranlaßt, sondern einfach eine Folge von Trunksucht sei, indem Kleomenes durch den Umgang mit skythischen Botschaftern dazu verführt worden sei, ungemischten Wein zu trinken; und diese Erklärung ist später die herrschende geblieben; bei Ailianos (Var. hist. II 41) wird Kleomenes unter bekannten Trunkenbolden aufgeführt.

Daß man, wie erwähnt, Geisteskranke aus den Tempeln fortjagte, deutet darauf, daß man sie als besonders vom Zorn der Götter betroffen betrachtete; aber von Besessenheit von Dämonen ist nicht einmal in der populären Auffassung die Rede. Und es ist eine Ehre für die griechische Heilkunde, daß sie von Anfang an Geisteskrankheit als eine Krankheit wie jede andere betrachtet und behandelt hat, ohne abergläubische Angst und Abscheu. In der trefflichen hippokratischen Schrift „Von der heiligen Krankheit" (Epilepsie) spöttelt der Verfasser (VI 360 ff. Littré) über die Leute, die nach den verschiedenen Formen der Krankheit verschiedene Götter als Urheber angeben, und es wird ihnen vorgehalten, daß es inkonsequent sei, wenn ein Gott Urheber der Krankheit ist, den Kranken als unrein zu betrachten. „Ich kann nicht glauben", schließt der Verfasser, „daß der menschliche Körper von einem Gotte verunreinigt werde, das hinfälligste von dem reinsten", und er schärft nachdrücklich ein, daß die eine Krankheit nicht „göttlicher" (übernatürlicher) ist als die andere; sie haben alle ihre natürlichen Ursachen. Und diese Auffassung der Ärzte drang nach und nach bei Laien durch. Selbst Herodot, der doch sonst willig genug ist, übernatürliches Eingreifen anzunehmen, meint, daß der Wahnsinn des Königs Kambyses, worin die ägyptischen Priester eine Strafe sahen für seine Mißhandlung des Apis, möglicherweise andere Gründe haben könne; Kambyses soll von Geburt an Epileptiker gewesen sein, „welche

[1]) Er war immer „etwas verrückt" gewesen. Seine Verrücktheit zeigte sich darin, daß er alle, die ihm begegneten, mit seinem Stock ins Gesicht schlug. Als seine Verwandten ihn in einen Block binden ließen, zerfleischte er sich mit einem Messer, dessen er durch List habhaft geworden (Herodot VI 75).

Krankheit einige die heilige nennen", „und es ist nicht ungereimt, daß auch der Verstand nicht gesund bleiben kann, wenn der Körper an einer schweren Krankheit leidet" (III 33). Auch der rechtgläubige Xenophon (Memorab. III 12, 6) bezeichnet es als eine bekannte Sache, daß Körperschwäche auf den Geist einwirken kann und „Vergeßlichkeit, Depression, Verdrießlichkeit und Verrücktheit" (μανία) hervorrufen.

Die hippokratischen Schriften enthalten keine zusammenfassende, systematische Darstellung der Geisteskrankheiten, dagegen eine Reihe Einzelbeobachtungen und Bemerkungen; es ist zuweilen schwer zu unterscheiden, ob sie sich auf wirkliche Geisteskrankheit beziehen oder auf vorübergehende Delirien bei Fieber und anderen Krankheiten wie Gehirnentzündung u. dgl. Wegen der verschiedenen Herkunft der „hippokratischen" Schriftensammlung kann es nicht verwundern, daß verschiedene Ansichten darin zu Worte kommen.

Daß geistige Leiden wie alle anderen Krankheiten ausschließlich körperliche Ursachen haben, darin sind alle „hippokratische" Schriften einig. Die koische Schule betrachtet nach dem Vorgange des pythagoreisch beeinflußten genialen Arztes Alkmaion aus Kroton das Gehirn als Sitz des psychischen Lebens; Geisteskrankheit ist daher eine Folge von krankhaften Änderungen des Gehirns. Unter ausdrücklicher Polemik gegen andere Anschauungen schärft der Verfasser der Schrift „Von der heiligen Krankheit" wiederholt ein, daß Freude und Kummer vom Gehirn stamme, mit dem Gehirn „denken, sehen, hören und erkennen wir", „mit dem sind wir wahnsinnig und geistesverwirrt", von dem stammen „Ängste, Träume, unbegründete Unruhe, ungereimte Sorgen, falsche Vorstellungen, Exzentrizität und Torheiten", der Körper gehorcht den Geboten des Gehirns, das Gehirn bringt uns die Sinneseindrücke zum Bewußtsein (Cap. 14, VI S. 386 ff.).

Die vom Verfasser bekämpften Ansichten sind teils die alte populäre Auffassung des Zwerchfells (φρένες) als Sitz des Verstandes; sie zeigt sich darin, daß φρένες geradezu Verstand, Sinn bedeutet, ist aber schon in den homerischen Gedichten nur noch ein Relikt einer naiveren Psychologie und in der medizinischen Literatur spielt sie keine Rolle[1]), davon abgesehen, daß sie der Uneinigkeit über den Ursprung der „Phrenitis" (nach dem Krankheitsbilde wahrscheinlich Meningitis) zugrunde liegt. Mehr Bedeutung hat die andere bekämpfte

[1]) Ein wenig bekannter Arzt *Ariston* bezeichnete das Zwerchfell als „Tempel des Körpers", s. *M. Wellmann*, Fragmentsamml. d. griech. Ärzte I, S. 16.



Theorie, wonach das Herz Sitz des Bewußtseins ist. Sie stammt von dem philosophischen Dichter und Wunderdoktor Empedokles her, der den durch geistige Ursachen hervorgerufenen Wahnsinn (religiöse Ekstase) und die Geistesleiden, die im „Körper und der unebenen Mischung (des Blutes)" ihren Grund haben, unterschied. Hieraus entwickelte sich bei der sizilischen und wahrscheinlich auch bei der knidischen Ärzteschule die Lehre, daß die Seele ihren Sitz im Herzen habe, dessen kränkliche Zustände die geistigen Leiden hervorriefen (*M. Wellmann* a. O. S. 17 ff.), und diese Lehre wurde sowohl von Aristoteles übernommen als von dem ausgezeichneten Arzt Diokles (IV. Jh.). Die Uneinigkeit im Betreff der Quelle der Geisteskrankheiten hat aber keinen weiteren Einfluß auf die Beschreibung der Symptome und das Krankheitsbild, nur daß der Krankheitsstoff nach der einen Theorie aufs Gehirn, nach der andern auf das Herz einwirkend gedacht wurde.

In der Schrift „Von der heiligen Krankheit" (Kap. 15, VI S. 388 ff.) werden zwei Stoffe angegeben, die den normalen Zustand des Gehirns stören und die verschiedenen Formen chronischer Geisteskrankheit verursachen: Phlegma und Galle. Ersteres bringt, wenn es das Gehirn zu feucht macht, stillen Wahnsinn mit sich; der Patient ist ruhig, schreit nicht auf und ist nicht ungestüm. Wenn dagegen die Galle Ursache ist, schreit der Kranke auf, ist gefährlich und kann sich nicht ruhig halten, sondern „unternimmt fortwährend unzeitige Dinge". Dieselben Stoffe können auch vorübergehende Anfälle hervorrufen; wenn die Galle plötzlich das Gehirn erhitzt, bringt das Angst und böse Träume mit sich, das Gesicht und die Augen werden unnatürlich rot; das Phlegma dagegen gibt Depression, Ekel und Amnesie. Eine ähnliche Auffassung wird in der Schrift „Von der Diät" geltend gemacht (I 35, VI S. 518): wenn das Warme im Körper allzu viel Übergewicht über das Feuchte bekommt, werden die Leute „halb verrückt" (exaltiert), und unbedeutende Anlässe, ein geringes Unwohlsein, ein Rausch, zu viel Fleischspeise, können sie verrückt machen. Noch gefährlicher ist es jedoch, wenn das Feuchte über das Warme Überhand bekommt; das bringt Stumpfsinn, bei höheren Graden Wahnsinn mit sich; der Kranke weint und trauert ohne Grund und leidet an Angst.

An diesen Stellen ist ein Krankheitsstoff nicht genannt, der sonst in anderen hippokratischen Schriften eine Rolle spielt: die schwarze Galle. Aber die zuletzt genannte Form von Wahnsinn entspricht dem, was anderswo als „Melancholie" bezeichnet wird, z. B. Aphorism. VI 23: „wenn Angst und Depression lange anhält, ist es eine Folge der schwarzen Galle (μελαγχολικόν)". Ein Gesamtbild der „Melancholie"

findet sich unter diesem Namen in der hippokratischen Schriftensammlung nicht, aber zerstreut kommen mehrere Beobachtungen vor über Zustände, die von der späteren griechischen Heilkunde unter diesen Begriff mit einbegriffen werden. So wird einmal („Von Krankheiten“ II 72, VII S. 108 ff.) „eine schwere Krankheit“, die „Sorge“ (φροντίς) benannt wird, in folgender Weise beschrieben: der Kranke empfindet es, als ob in seinen inwendigen Teilen etwas wie ein stechender Dorn sei, er wird von Ekel ergriffen, scheut Licht und Menschen und sucht Dunkelheit, er hat Angst, „das Zwerchfell schwillt auf“ (d. h. die Hypochondrien sind geschwollen), Berührung verursacht ihm Schmerz und Angst, er hat erschreckende Halluzinationen und böse Träume und sieht zuweilen Gestorbene in seinen Halluzinationen.

An anderen Stellen („Von Jungfrauenkrankheiten“ VIII S. 466 ff.) handelt es sich offenbar um hysterische Erscheinungen: die Patienten, meist junge Mädchen oder sterile Frauen, leiden an heftiger Angst und Selbstmordgedanken, sie glauben Nacht und Tag feindliche Dämonen zu sehen, ihre Halluzinationen treiben sie dazu in Brunnen zu springen oder sich aufzuhängen, zuweilen ersehnen sie den Tod „als etwas Gutes“. Es wird ausdrücklich hervorgehoben, daß die Stockung der Menstruation bei diesen Vorfällen eine Rolle spiele.

Ein akuter Anfall von Geisteskrankheit mit Halluzinationen, der als von der Galle stammend betrachtet wird und besonders auf Reisen in öden Gegenden aus Furcht eintreten soll, wird folgendermaßen beschrieben („Von inneren Krankheiten" 48, VII S. 284 ff.): der Angegriffene bekommt Kopfschmerzen, namentlich an den Schläfen, sein Gehör, oft auch sein Gesicht, wird geschwächt, er fröstelt und hat Fieber; anfangs sind diese Symptome intermittierend, aber mit dem Fortschreiten der Krankheit nehmen die Schmerzen zu, die Pupillen erweitern sich, und das Gesicht wird so geschwächt, daß man einen Finger gegen die Augen des Patienten hervorstrecken kann, ohne daß er blinkt; er zupft Flocken von seinen Kleidern in dem Glauben, es seien Läuse, redet irre und sieht allerlei sonderbare Tiere und kämpfende Soldaten, glaubt selbst im Kampf zu sein und geberdet sich entsprechend; will man ihn festhalten, geht er drohend auf einen los, obgleich seine Beine versagen; er hat kalte Füße, springt im Schlafe auf und wird von Traumgesichten geängstigt; in seinen hellen Augenblicken kann er seine Träume erzählen und erinnern, was er gesagt und getan hat, zu anderen Zeiten liegt er Tag und Nacht stumm danieder und atmet schwer; er kann dann plötzlich sich erholen, vernünftig antworten und verstehen, was man ihm sagt, aber die Anfälle

wiederholen sich mit kurzen Zwischenräumen. Die Krankheit läßt sich oft heilen, aber Rückfälle sind häufig und gefährlich.

Auch Trunksucht ist den Hippokratikern nicht unbekannt, wie aus einzelnen Andeutungen hervorgeht; so heißt es („Von der Diät in akuten Krankheiten“ II 29 Kühlewein), daß Zittern der Hände als Folge vom Trinken Wahnsinn vorbedeutet, und daß Neigung zum Trinken wie zu reichliche Fleischnahrung, Schlaflosigkeit und Mangel an Vorsicht Kälte und Wärme gegenüber zur Verrücktheit disponieren („Prorrhet.“ IX S. 8ff.); Frösteln und Deliriren als Folge des Trinkens werden als gefährliche Symptome bezeichnet („Aphorism.“ VII 7).

Unter den Krankengeschichten, welche den unschätzbaren Kern bilden in dem Konglomerat, das unter dem Titel „Epidemische Krankheiten“ erhalten ist, finden sich zwei merkwürdige Fälle von Idiosynkrasie und fixen Ideen (V 81—82, Bd. V S. 250). Von einem jungen Mann, der sonst ganz gesund scheint, wird erzählt, daß er längere Zeit hindurch beim Gelage sich vor der Flötenspielerin fürchtete, und seine Angst wurde noch peinlicher, wenn sie zu spielen anfing; am Tage vertrug er es ohne Schwierigkeit, nachts aber war es ihm fast unerträglich. Einer seiner Genossen hatte die Vorstellung, daß er blödsichtig sei und seine Glieder nicht beherrschen könne; er wagte daher nicht an einem Abhang entlang zu gehen, eine Brücke oder selbst den kleinsten Graben zu überschreiten; „im Graben ging er ohne Furcht“.

Auch für die Verbindung von Geistesleiden mit anderen Krankheiten und körperlichen Zuständen haben die Hippokratiker ein offenes Auge und haben darüber viele gute Beobachtungen gemacht. Nicht nur so naheliegendes wie die enge Verbindung zwischen Epilepsie und Geistesleiden wird hervorgehoben — „Melancholiker pflegen in der Regel auch Epileptiker zu werden und Epileptiker Melancholiker“, heißt es einmal („Epidem. Krankheiten“ VI 8, 31, Bd. V S. 354), mit dem unhippokratischen Zusatz, daß Epilepsie entstehe, wenn der Krankheitsstoff den Körper angreift, während Melancholie entstehe, wenn das „Seelenleben“ (διάνοια) davon angegriffen wird —; sondern es kommt auch die Bemerkung vor („Koische Prognosen“ 429, Bd. V S. 680), daß Phthisiker, wenn der Auswurf stockt, von einem „geschwätzigen Delirium“ befallen werden, und daß auf intermittierendes Fieber ein Anfall von Geistesstörung folgen kann, wird in den „Epidemischen Krankheiten“ (VII 45, Bd. V S. 412 ff.) durch eine ausführliche Krankengeschichte beleuchtet: der Patient ist soeben genesen von einem Quartanfieber mit darauf folgenden Unter-

leibsschmerzen usw.; eines Tages, als er auf dem Markt spazieren geht, bekommt er Flimmern vor den Augen, krampfhafte Zuckungen am Halse und verliert das Bewußtsein; nach Hause gebracht kommt er endlich zu sich selbst und sieht sich um auf die Anwesenden; sein Körper ist eiskalt; als er aufgestanden, wagt er nicht auszugehen, verträgt nicht von schweren Krankheiten reden zu hören und hat fortwährend ab und zu Brennen in den Hypochondrien und Flimmern vor den Augen. In einer anderen Krankengeschichte („Epidem. Krankh." VII 3, Bd. V S. 368 ff.) tritt nach Dysenterie eine partielle Gedächtnisschwäche ein, die sich darin äußert, daß der Patient immer dieselbe Frage wiederholt; wenn er sich auf dem Abtritt hingesetzt hat, bleibt er sitzen, bis man ihn daran erinnert aufzustehen; im übrigen ist er bei Bewußtsein und versteht seinen Zustand. Ferner werden erwähnt ein Anfall von Verrücktheit nach stockender Hämorrhoidalblutung („Epidem. Krankh." IV 58, Bd. V S. 196) und eine akute Geistesverwirrung (mit tödlichem Ausgang am 17. Tage) nach einer schweren Zwillingsgeburt; es fängt an mit Schlaflosigkeit und Depression, in der sechsten Nacht tritt Verstandesverwirrung ein, in der elften ein maniakalischer Anfall, nach welchem der Patient zu sich selbst kommt, gegen den Schluß Krämpfe, Bewußtlosigkeit und Verlust des Sprechvermögens (eb. III 17, 14; vielleicht ein Fall von Wochenfieber).

Das Heilverfahren ist in allen Fällen rein körperlich: Bäder, Aderlaß, Diät nach der Krankheitsursache abgemessen; als Medizin werden Helleborus und Mandragora verwendet. Für hysterische Leiden junger Mädchen weiß der Verfasser der Abhandlung „Von Jungfrauenkrankheiten" keinen besseren Rat als heiraten; der Artemis zu opfern, wie die Wahrsager empfehlen, hat keinen Sinn.

Daß Geisteskrankheiten in den Sagen vorkamen, brachte es mit sich, daß die attischen Tragiker des V. Jahrhunderts sie auf die Bühne brachten[1]). In der dramatischen Darstellung geisteskranker Personen verspürt man eine deutliche Entwicklung, die allerdings z. T. der eigenen Entwicklung der Poesie in realistischer Richtung verdankt wird, wozu aber auch die Heilkunde ihren Teil beigetragen hat, nicht nur dadurch, daß sie die Farben für die realistische Seelenmalerei lieferte, sondern auch die alte volkstümliche Auffassung des Wahnsinns als von außen von einem Gotte hervorgerufen zerstörte.

[1]) *H. Harries*, Tragici Graeci qua arte usi sint in describenda insania. Kiel 1891.

Im „Prometheus“ des Aischylos tritt Io auf, immerfort gejagt von dem Wahnsinn, den die Eifersucht Heras über sie verhängt hat. Als sie auf die Bühne kommt (V. 554), fragt sie verwirrt, wo in der Welt sie sich befinde; sie wähnt sich verfolgt von dem Gespenst ihres getöteten Wächters Argos, das sie mit düsterm Blick jage wie ein Wild, und wünscht sich den Tod lieber als die gegenwärtigen Leiden. Der Text zeigt unzweifelhaft, daß sie während eines solchen Anfalls dargestellt werden soll, aber dieser wird nur durch die angeführten Andeutungen geschildert, und während des ganzen folgenden langen Gesprächs mit Prometheus ist sie völlig bei Vernunft. Erst als dieses zu Ende ist, bekommt sie einen neuen Anfall (V. 875—84) und stürzt weiter auf ihrer rastlosen Flucht. Die Beschreibung des Anfalls ist kurz, aber ziemlich realistisch: ihr Herz klopft wild vor Angst, sie rollt die Augen, sie ist außer sich und redet irre — es ist aber sie selbst, die ihren Zustand so beschreibt, indem sie verschwindet. Aus dramatischen Rücksichten mußte sie bei Vernunft sein, während sie mit Prometheus spricht, und ihr Wahnsinn, der motivieren soll, daß sie kommt und geht, ist nur am Anfang und Schluß der Szene angedeutet; es hat den Dichter nicht interessiert ihn dem Publikum vor Augen zu führen. In ähnlicher Weise wird der Wahnsinn des Orestes in den „Choephoren“ behandelt; unmittelbar vor dem Schluß des Dramas, als er seine Mutter und Aigisthos getötet hat, verteidigt er seine Tat mit der ausdrücklichen Begründung (V. 1023), daß er den Wahnsinn sich nähern sieht und reden will, während er „noch bei Vernunft“ sei; darauf bekommt er einen Anfall von Wahnsinn, der in wenigen Zeilen geschildert wird (V. 1045—46, 1050—51, 1054—55, 1058—59) durch seine eigenen Worte: er sieht die Furien sich nähern in dunklem Kleid, mit Schlangen im Haar und bluttriefenden Augen; von der Erklärung des Chors, es sei eine Einbildung, will er nichts wissen, sondern flieht erschrocken. Ganz anders ist die Schilderung in den „Eumeniden“; da ist Orestes die ganze Zeit bei Vernunft; die Priesterin in dem Tempel, wo er Zuflucht sucht, spricht von seinem gezogenen Schwert und seinen bluttriefenden Händen (V. 40 ff.), aber nicht von Wahnsinn. Der ist nach außen verlegt und personifiziert in den Furien, die auf der Bühne ihn verfolgend auftreten. Bei der Beschreibung eines Gemäldes, das den rasenden Herakles darstellt, macht Philostratos („Bilder“ 23) darauf aufmerksam, daß der Maler die Erinys im Inneren des Helden wirken läßt, während man sie auf der Bühne „oft“ leibhaftig sieht.

Ebensowenig enthält der „Aias“ des Sophokles eine detaillierte Schilderung von dessen Wahnsinn. Athene erzählt selbst (V. 51 ff.),

daß sie Aias wahnsinnig gemacht habe, so daß er statt Agamemnon und Odysseus zu töten sich auf eine Viehherde geworfen hat, und um Odysseus die Macht der Götter zu zeigen, ruft sie Aias, der noch nicht zum Bewußtsein gekommen ist, aus dem Zelte hervor und spricht mit ihm von seiner vermeintlichen Rache; etwas vom Vieh hat er getötet, einen Widder hat er aufgehängt und durchgepeitscht in dem Wahn, es sei Odysseus. Diese nicht besonders gut motivierte Szene (V. 71—117) kann kaum einen anderen Zweck haben als den Zuschauern einen direkten Eindruck vom Wahnsinn des Aias zu geben. Sie sehen ihn erst wieder, als er zum Bewußtsein gekommen, und werden dann Augenzeugen seines Selbstmords, aber zuvor hat seine Frau Tekmessa sowohl sein wahnsinniges Rasen gegen das Vieh als sein Erwachen und seine stumpfe Verzweiflung beschrieben (V. 232 ff., 256 ff., 296 ff.). Mehr gibt das Stück nicht zur Veranschaulichung seines Wahnsinns.

Ganz anders stellt sich Euripides zu der Aufgabe. In seinem „Herakles" läßt er allerdings, um dem Verständnis des Publikums entgegenzukommen, die personifizierte „Raserei" (λύσσα) auf der Bühne auftreten, wie Aischylos in den „Eumeniden", und der Held wird den Zuschauern nicht während eines Anfalls vor Augen geführt, so wenig wie bei Sophokles; es wird aber eine wohlberechnete und ausführliche Beschreibung eines solchen gegeben. Zuerst sagt „Lyssa" voraus (V. 858 ff.), daß sie, wenn auch ungern, auf Heras Gebot Herakles mit Wahnsinn schlagen will, so daß er seine Kinder töten und das Haus niederreißen wird; schon brüllt er fürchterlich wie ein Stier mit wild rollenden Augen und unregelmäßigem Atmen, und das ist nur der Anfang. Nachdem „Lyssa" ins Haus hineingegangen, kommt der alte Amphitryon heraus jammernd über das wilde Rasen des Herakles; er verfolgt seine Kinder und will das Haus niederreißen (V. 888 ff.). Unmittelbar darauf kommt ein Diener aus dem Hause und gibt vom Chor aufgefordert als Augenzeuge eine sehr detaillierte Schilderung der Vorgänge drinnen (V. 922—1055): während der Vorbereitungen zu einem Opfer wurde Herakles plötzlich außer sich, seine Augen fingen an zu rollen und wurden blutrünstig, sein Mund schäumte, und er brach in ein wahnsinniges Gelächter aus; von einer Wahnvorstellung ergriffen verlangt er Waffen und glaubt auf dem Wege nach Mykenai zu sein, um seinen Quälgeist Eurystheus zu töten, er geberdet sich, als ob er auf einem Wagen stehe und fahre — die Diener wissen anfangs nicht, ob er Spaß treibt oder verrückt ist —, er stürzt im Hause herum, und als er in den Saal gekommen, glaubt

er die erste Station auf dem Wege erreicht zu haben, legt sich auf den Fußboden hin und tut, als ob er zu Abend esse; darauf geht er weiter, glaubt auf dem Isthmus zu sein und an den dortigen Kampfspielen teilzunehmen, kämpft im Faustkampf mit einem fingierten Gegner und brüstet sich mit seinem Sieg; als Amphitryon versucht ihn zurückzuhalten, glaubt er am Ziel zu sein und stößt ihn zurück in dem Wahn, er sei der Vater des Eurystheus, der um Schonung bitte; er spannt den Bogen und zielt auf seine Kinder, die erschrocken fliehen; eins erschießt er, einem zweiten, das seine Knie umklammert, schlägt er das Gehirn ein mit einem Balken; mit dem dritten Kind ist die Mutter in ein Zimmer geflüchtet, dessen Tür sie verriegelt; aber Herakles schlägt sie ein und erschießt beide; dann hält Athene ihn plötzlich an, er sinkt nieder mit dem Rücken gegen eine umgeworfene Säule und fällt in einen tiefen Schlaf; als er aufwacht (V. 1089 ff.), hat er kein Bewußtsein von dem Geschehenen.

Es ist ja möglich, daß dieser anschaulichen Schilderung eines heftigen maniakalischen Anfalls Wirklichkeitseindrücke zugrunde liegen; aber wahrscheinlicher dürfte doch die Phantasie des Dichters durch Lektüre medizinischer Literatur befruchtet sein. Jedenfalls zeugt die sorgfältige Ausmalung von großem Interesse für die Erscheinung.

Eine ganz ähnliche Schilderung eines Wahnsinnsanfalls des Orestes gibt in „Iphigeneia bei den Taurern" (V. 281—310) ein Hirt, der dabei gewesen: mit heftigen Kopfbewegungen und zitternden Gliedern stöhnt und schreit er, er wähnt sich von den Furien angegriffen, und in dem Glauben, sie seien es, wirft er sich auf eine Viehherde; nachdem er unter dieser ein Blutbad angerichtet hat, fällt er bewußtlos um, mit Schaum vom Munde triefend. Hier ist die Schilderung für die Ökonomie des Dramas gar nicht notwendig; wenn Euripides sie angebracht hat, ist es ein kräftiges Zeugnis für seine Freude an der Schilderung solcher Gemütszustände, und er muß auch, wenigstens bei einem Teil seines Publikums, auf Interesse dafür haben rechnen können.

In „Orestes", einem seiner letzten Stücke, in einer finstern und menschenfeindlichen Stimmung geschrieben, wagt es Euripides endlich, die Zuschauer Augenzeugen eines realistisch ausgemalten Wahnsinnsanfall auf der Bühne werden zu lassen. Am Beginn des Dramas sieht man Orestes in tiefem Schlafe liegen nach einem Anfall; seine Schwester Elektra sitzt neben ihm ängstlich überwachend, daß sein Schlaf nicht gestört werde; seit dem Muttermord hat er weder gegessen noch gebadet; wenn er bei Bewußtsein ist, liegt er still danieder und weint, in seinen Mantel gehüllt, aber häufig springt er in Wahnsinn vom Lager auf und läuft um wie ein scheues Pferd (V. 34 ff.), von schrecklichen Wahngebilden gejagt. Als er erwacht (V. 210 ff.), weiß er nicht, wo er ist und erinnert sich nicht an den Anfall; die Schwester wischt den geronnenen Schaum von seinem Munde

ab und streicht das wirre Haar von seinen Augen weg; er hat sich im Bette aufgerichtet; fühlt sich aber so schwach und entkräftet, daß er wieder zurecht gelegt werden muß, aber auch in dieser Stellung findet er keine Ruhe, er versucht aufzustehen, von der Schwester gestützt. Als diese unvorsichtigerweise zufällig auf den Muttermord hindeutet (V. 253 ff.), wird sein Blick sofort wild, und er bekommt einen neuen Anfall, worin er die Furien, die ihn töten wollen, zu sehen glaubt; als die Schwester ihn zurückhalten will, hält er sie für eine der Furien; er bildet sich ein, mit einem Bogen gerüstet zu sein, womit er auf seine Verfolger schießt und sie in die Flucht treibt; dann erwacht er ebenso plötzlich (V. 277). Auch in dieser Schilderung scheint Einwirkung der ionischen medizinischen Literatur erkennbar.

Auch die Philosophen beschäftigen sich mit dem Problem der Geisteskrankheit, ihrer Arten und Ursachen.

Xenophon (Memorab. III 9, 6—7) berichtet von Sokrates, daß er zwischen Verrücktheit (μανία) und Unverstand einen Unterschied machte; „sich selbst nicht zu kennen und sich einzubilden zu verstehen, was man nicht weiß“ betrachtete er als Halbverrücktheit[1]); die gewöhnliche Ansicht sei dagegen nach seiner Meinung die, daß diejenigen, die verkehrte Ansichten auf Gebieten hegen, wofür die meisten kein Verständnis haben, nicht als verrückt betrachtet werden, sondern nur solche, die im unklaren sind über Dinge, welche jedermann beurteilen kann, z. B. wenn jemand sich für so groß gewachsen hält, daß er sich bücken müsse, wenn er durch das Stadttor geht, oder für so stark, daß er Häuser zu entfernen oder ähnliche unmögliche Dinge versucht; nur solche augenfällige Wahnvorstellungen (παράνοια) nenne die Menge Verrücktheit.

Bei Platon findet sich teils in einer Schrift aus seinen jüngeren Jahren eine bei einem Griechen erstaunliche Verteidigung von verschiedenen Formen gestörten Geistesgleichgewichts, die unter die Bezeichnung μανίαι zusammengefaßt werden („Phaidros“ 244—45): der prophetische Zustand wie bei der Priesterin in Delphi, die religiöse Schwärmerei, die Reinigungen und Mysterienkultus erfunden hat als Mittel gegen Epidemien und Heimsuchungen, und die dichterische Inspiration. Diese 3 „Maniai“ sind Geschenke der Götter, Apollon, Dionysos und der Musen, und mit ihnen wird die Liebe zusammengestellt, die Gabe der Aphrodite und des Eros; Gegensatz dieser Ekstasen sind solche Formen der „Mania“, welche „die Folge menschlicher Krankheiten sind“ (eb. 265). Im höheren Alter be-

[1]) Ob diese Äußerung wirklich die Ansicht des Sokrates wiedergibt, ist unsicher; sie entspricht ganz gut seinem intellektualistischen Grundstandpunkt.

handelt Platon die Sache mehr vom medizinischen Standpunkt aus und mit augenscheinlicher Benutzung der gleichzeitigen ärztlichen Literatur. Von dieser hat er gelernt, daß das Gehirn Sitz des höheren Bewußtseinslebens ist („Timaios“ 44 d). Geistesschwäche (ἄνοια) teilt er (eb. 86 b ff.) in zwei Arten: Verrücktheit (μανία) und Stumpfsinn (ἀμαθία); beider Quelle ist der Körper, der starke Leidenschaften, Freude und Sorgen, geschlechtliche Ausschweifungen, Verstimmtheit, Vergeßlichkeit und geistige Schwerfälligkeit verursacht; wer leidenschaftlich erregt ist, ist rasend und gehorcht nicht der Vernunft; er ist eigentlich nicht zurechnungsfähig. Die Kur ist vernünftige Diät und Leibesübungen, indem die Seele gleichzeitig durch zweckmäßigen Unterricht beschäftigt wird, damit Gleichgewicht der seelischen und der körperlichen Entwicklung hergestellt werde. Auch in den „Gesetzen“ (934c ff.) bespricht Platon die Ursachen der Geisteskrankheit: körperliche Krankheiten oder schlechte seelische Disposition in Verbindung mit unvernünftiger Diät und Lebensweise; die „Rasenden“ dürfen sich nicht öffentlich sehen lassen, sondern sollen interniert und überwacht werden von den Verwandten, die mit Geldbußen bestraft werden, wenn sie diese Pflicht versäumen.

Aristoteles kommt in seiner Ethik („Eth. Nikomach.“ VII 6) auf gewisse tierische Gelüste zu sprechen wie den Kannibalismus und macht darauf aufmerksam, daß sie nicht nur gewohnheitsmäßig bei wilden Völkern auftreten, sondern auch von Krankheit und Wahnsinn herrühren können, wie bei dem, „der seine Mutter schlachtete und aß, und dem, der die Leber seines Mitdieners fraß“. Als Beispiel krankhafter Angst nennt er „ihn, der sich vor einem Wiesel fürchtete“, und von den „Geistesschwachen“ (ἄφρονες) heißt es, daß sie teils tierisch sind „wie gewisse entfernt wohnende Barbaren“, die „von Natur ohne Vernunft sind und nur ihren Sinnen leben“, teils durch Krankheiten geschwächt sind „wie Epilepsie und krankhaften Wahnsinn“. Anderswo („Von Gedächtnis und Erinnerung“ 1) nennt er Beispiele Halluzinierender, die „ihre Gesichte als wirkliche erzählten und als etwas, dessen sie sich erinnerten“.

Unter den Fragen, die in der Schule des Aristoteles behandelt wurden, ist auch die, warum alle großen Denker, Staatsmänner, Dichter und Künstler von „melancholischem“ Temperament sind („Probleme“ XXX 1). Nachdem der Verfasser Herakles, Aias und Bellerophon genannt hat, hebt er als Beispiele hervor Empedokles, Platon und Sokrates. Sowohl hieraus als aus der folgenden Auseinandersetzung geht hervor, daß das Wort „melancholisch“ nicht in

seiner modernen Bedeutung aufzufassen ist; es bedeutet eher „exzentrisch", und die Bemerkung entspricht der modernen Theorie von dem nahen Verhältnis zwischen Genialität und Geisteskrankheit. Die „schwarze Galle" soll eine Mischung von Warmem und Kaltem sein, für hohe Grade beider Eigenschaften empfänglich; wenn das Kalte siegt, bringt es Apoplexie, Lähmung, Depression und Angstanfälle mit sich, die zum Selbstmord führen können; gewinnt das Warme Überhand, wird die Folge übermäßige Lustigkeit, Geschwätzigkeit, heftige Leidenschaften, Ekstasen und maniakalische Anfälle; Überwiegen des Kalten endet oft mit Stumpfsinn und Idiotie. Die verschiedenen Wirkungen der „schwarzen Galle" auf verschiedene Individuen wird recht amüsant durch Vergleich mit den verschiedenen Stadien eines Rausches beleuchtet. Anderswo („Probleme" IV 25; XXX 14) wird bemerkt, daß die „Melancholiker" an Schlaflosigkeit oder unruhigen Träumen leiden.

Auch sonst findet man hier und da in der Literatur gelegentliche Hindeutungen auf Geisteskrankheit. Vom Astronomen Meton wird erzählt (*Ailianos*, Var. hist. XIII 12 u. sonst), daß er, um nicht mit auf die Expedition nach Sizilien 415 gehen zu müssen, sich verrückt anstellte und sein Haus abbrannte. Xenophon („Erinn." IV 6, 10) weiß, daß Geisteskranke sich zuweilen auf die tollkühnsten Handlungen einlassen, ohne die Gefahr zu achten. Der Gebrauch des Helleborus gegen Wahnsinn war so allgemein bekannt, daß „reif für Antikyra" (eine griechische Stadt, wo der beste gedieh) eine stehende Redensart war (vgl. *Horatius*, Satir. II 3, 83; Ars poet. 300). Herakleides aus Pontos, Zeitgenosse des Aristoteles, hatte ein merkwürdiges Beispiel einer fixen Idee verzeichnet (Athenaios XII 81; Ailianos, Var. hist IV 25): ein Athener Thrasyllos, der sich in Piräus aufhielt, lebte in der Vorstellung, daß alle Schiffe, die dort landeten, ihm gehörten, buchte sie und dirigierte ihre Fahrten und Frachten; jedesmal, wenn ein Schiff zurückkehrte, freute er sich über all den Reichtum, den es ihm bringe, während es ihn nicht kümmerte, wenn ein Schiff verloren ging. Als er geheilt wurde, erinnerte er sich sehr wohl seines früheren Zustandes und versicherte, er sei nie glücklicher gewesen, denn als er seiner Illusion lebte. Dieser Zug erinnert an den Mann bei Horatius (Epist. II 2, 128 ff.), der „froh im leeren Theater saß und Beifall klatschte" und es seinen Freunden sehr übel nahm, daß sie ihn von seiner fixen Idee heilten.

Wie die Lehre von Geisteskrankheit und ihrer Behandlung sich in der Glanzzeit der antiken Heilkunde, der alexandrinischen Periode, entwickelt hat, sind wir außerstande zu verfolgen, weil die alexandrinische wissenschaftliche Literatur verloren ist. Nach aller Wahrscheinlichkeit verdanken wir, wenigstens zum Teil, der alexandrinischen Schule die Fortschritte in bezug auf Systematisieren, die wir bei späteren Verfassern finden, obgleich die Kory-

phäen der Schule, Herophilos und Erasistratos, soweit bekannt, sich mit Geisteskrankheit nicht beschäftigt haben; sie waren besonders von der Grundlegung der wissenschaftlichen Anatomie in Anspruch genommen.

Die erste zusammenfassende Darstellung der Lehre von den Geisteskrankheiten finden wir bei Cornelius Celsus (III 18), unzweifelhaft nach alexandrinischen Quellen. Celsus (1. Jh. n. Chr.) war nicht selbst Arzt, hat aber in seiner Enzyklopädie, wovon zufällig nur dieser Abschnitt erhalten ist, auch von der Heilkunde einen Abriß gegeben, und seine klare Wiedergabe einer trefflichen Quelle bietet einigen Ersatz für den Verlust der grundlegenden Werke der alexandrinischen Heilkunde.

Celsus stellt drei Formen von Geisteskrankheit (*insania*) auf. Die erste ist akut und mit Fieber verbunden; „die Griechen nennen sie phrenesis". Sie unterscheidet sich von den gewöhnlichen vorübergehenden Fieberdelirien dadurch, daß sie kontinuierlich ist und von Halluzinationen begleitet, kann sich aber übrigens verschieden gestalten; einige Patienten sind aufgeräumt, andere deprimiert, einige beschränken sich auf irres Reden, andere fahren auf und geben sich Gewalttaten hin, zuweilen impulsiv, aber nicht selten zeigen sie große Schlauheit, um Gelegenheit zu finden Schaden zu stiften; solche Patienten müssen gebunden werden, damit sie weder sich noch anderen schaden, und man darf sich nicht davon täuschen lassen, daß sie um der Zwangsjacke zu entgehen, ganz vernünftig reden können und beweglich um Schonung bitten; die einigermaßen ruhigen Patienten soll man mit strengen Maßregeln nicht belästigen. Früher ließ man die gewalttätigen Patienten im Finstern in der Meinung, daß das Licht sie irritiere, während die Dunkelheit eine beruhigende Wirkung haben sollte; Asklepiades aber schrieb vor, sie im Hellen zu halten, weil die Dunkelheit an und für sich beängstigend wirke; es wird jedoch richtig sein, versuchsweise vorzugehen, da Licht und Dunkelheit nicht auf alle in derselben Weise wirken; im allgemeinen sollen kräftige Patienten in einem hellen Zimmer untergebracht werden, schwache in einem dunkeln.

Was die Behandlung betrifft, soll man mit Eingriffen äußerst vorsichtig sein, solange das Fieber heftig ist; man tut am besten sich damit zu begnügen, den Patienten in Ruhe zu halten. Asklepiades bezeichnete Aderlaß während der Fieberanfälle als Mord, empfahl aber Frottierungen, die doch ebenfalls bei hohem Fieber gefährlich sind. Man soll ein Nachlassen des Fiebers abwarten und dann bei

kräftigen Patienten Aderlaß anwenden außer Laxativen, die immer weniger bedenklich sind; nach einem Tage wird ihr Kopf geschoren und mit Wasser gebadet, in das verschiedene reprimierende Kräuter gebracht werden, danach wendet man allerlei Niesmittel an. Wenn die Kräfte gering sind, soll der Kopf nur mit Rosenöl mit verschiedenen Zusätzen gebadet werden. Wenn das Fieber aufgehört hat, kann Frottierung angewandt werden, am kräftigsten an den Deprimierten.

Hieran knüpft Celsus einige treffliche Bemerkungen über die Behandlung Geisteskranker im allgemeinen. Vor allem soll die Behandlung individualisierend sein. Bei denen, die an sinnloser Angst leiden, soll man diese auf psychischem Wege heben; so wurde ein reicher Mann, der an krankhafter Angst vor dem Verhungern wegen Armut litt, dadurch geheilt, daß man ihm vorspiegelte, er habe eine große Erbschaft bekommen. Bei den Ungestümen muß man zuweilen Prügel anwenden, bei den Lustigen Vorwürfe und Drohungen. Um die Deprimierten zu erheitern, ist Musik ein gutes Mittel. Es ist von großer Wichtigkeit, der Schlaflosigkeit der Geisteskranken Herr zu werden; es werden verschiedene Schlafmittel genannt, z. B. Mohndekokt, aber vor ihrer Anwendung warnte Asklepiades, weil sie Lethargie verursachen können; an ihrer Stelle empfahl er Frottierungen; erst wenn diese nicht helfen, kann man zu Schlafmitteln seine Zuflucht nehmen. Auch ist eine passende Diät zu verwenden, die den Patienten weder übersättigt noch aushungert. Als ein Mittel gegen Schlaflosigkeit nennt Celsus auch einen rieselnden Springbrunnen neben dem Bett und Wiegen in einer Hängematte.

Die zweite, langwierigere Form von Geisteskrankheit ist der von der schwarzen Galle hervorgerufene Depressionszustand. Gegen diesen wird Aderlaß oder Vomieren empfohlen, samt Frottierungen und, wenn die Kräfte des Patienten es erlauben, Leibesübungen; die Kost muß leicht sein und der Magen in Ordnung gehalten werden. Außerdem sind aber psychische Mittel zu verwenden: alle beängstigenden Vorstellungen sind fernzuhalten, der Kranke soll erheitert und unterhalten werden durch Erzählungen und Spiele, woran er Freude hatte, als er gesund war; hat er etwas produziert, soll man es loben und ihn daran erinnern; man soll ihm sanfte Vorwürfe machen wegen seiner Niedergeschlagenheit und ihn darauf aufmerksam machen, daß das, worüber er trauert, ebenso gut eine Quelle der Freude sein könne.

Die dritte Form ist chronisch; sie tritt am häufigsten bei kräftigen Leuten auf, die lange damit leben können. Sie gestaltet sich teils

als Halluzinationen heller oder finsterer Art; erstere sind weniger gefährlich. Als Kur werden Laxative und Vomieren empfohlen. Teils kann sie sich als Verwirrung äußern. Solche Patienten müssen mit harter Hand behandelt werden; wenn sie verworren reden oder handeln, muß man sie aushungern, binden oder prügeln; sie müssen gezwungen werden, ihre Aufmerksamkeit anzuspannen, etwas auswendig lernen u. dgl., damit die Furcht sie nach und nach dazu nötige, ihre Gedanken zusammenzunehmen. Plötzlicher Schrecken und überhaupt alle starken psychischen Einwirkungen haben einen heilsamen Einfluß auf sie, besonders wenn ihre Verrücktheit sich als unmotivierte Lustigkeit zeigt; die Deprimierten werden am besten mit häufigen aber sanften Frottierungen, Abwaschung des Kopfes mit kaltem Wasser und Bädern behandelt. Von allen Geisteskranken gilt es, daß sie Gymnastik treiben müssen, frottiert werden, sich von Wein, fettem Fleisch und überhaupt schwerer Kost enthalten; sie dürfen nie allein oder von Leuten umgeben sein, die sie nicht kennen oder nicht mögen; Aufenthaltsort zu wechseln und, wenn Besserung eintritt, Reisen bekommt ihnen gut.

Obgleich die Quelle des Celsus an einzelnen Punkten den Asklepiades kritisiert und modifiziert, ist es doch kaum zweifelhaft, daß dessen Lehre zugrunde liegt. Asklepiades aus Bithynien trat in der ersten Hälfte des I. Jhs. v. Chr. als Arzt in Rom auf, wo er sich eine sehr große Praxis schuf. Er kann schwerlich davon freigesprochen werden, durch etwas Aufschneiden den Forderungen der Zeit und dem Geschmack des Publikums geopfert zu haben, aber seine Verdienste um die praktische Krankenbehandlung sind mehrfach unbestreitbar; u. a. leitete er eine heilsame Reaktion ein gegen die übertriebene Anwendung von Medikamenten. Daß er zuerst Musik systematisch als Mittel gegen Geisteskrankheit benützt hat, ist ausdrücklich überliefert (Censorinus, De die natali XII 4), und seine Regeln für die Verwendung der verschiedenen Tonarten je nach Beschaffenheit der Krankheit sind erhalten (Caelius Aurelianus, De morbis chronicis I 5). Das starke Hervorheben psychischer Mittel in dem angeführten Stück aus Celsus, was etwas Neues ist, verdankt man wahrscheinlich überhaupt dem Asklepiades; aber auch einige der Zwangsmaßnahmen bei Celsus werden ihm zugeschrieben (eb.). Daß auf Frottierungen (Massage), Diät, Bäder und Leibesübungen so viel Gewicht gelegt wird, stimmt gut mit seinen allgemeinen Grundsätzen überein.

Das beste, was das Altertum uns auf diesem Gebiete hinterlassen hat, ist die Darstellung der Geisteskrankheiten und ihrer Be-

handlung des Archigenes; sie ist gleich ausgezeichnet durch die Anschaulichkeit der Krankheitsbilder und die Schärfe der Diagnosen, und die vortrefflichen Beobachtungen und eingehenden Prognosen zeugen von außerordentlicher praktischer Erfahrung und psychologischem Scharfsinn. Archigenes war aus Apameia (in Syrien); er lebte und wirkte in Rom zur Zeit Traians und ist der bedeutendste Vertreter der sog. pneumatischen Schule. Seine zahlreichen Schriften sind verloren, liegen aber zwei Werken des Aretaios über Ursachen und Behandlung akuter und chronischer Krankheiten zugrunde[1]). Ersteres gibt eine Übersicht über die Lehre des Archigenes von den beiden von ihm angenommenen Formen der Geisteskrankheit, Melancholie und Mania (I 5—6).

Als Einleitung heißt es von der „schwarzen Galle", daß sie, wenn sie das Zwerchfell oder den Magen angreife, Aufgedunsenheit und Melancholie hervorrufe, indem sie zugleich auf das Gemüt störend einwirke. Aber nach diesem Zugeständnis der alten Humoralpathologie und dem geläufigen Namen der Krankheit gegenüber wird bemerkt, daß auch unbändiger Zorn oder Trauer und Depression als Melancholie bezeichnet werde, auch wenn die schwarze Galle nichts damit zu tun habe, und es wird auf die Schilderung hingewiesen, die in der Ilias (I 103—4) vom erzürnten Agamemnon gegeben wird, dessen „auf beiden Seiten schwarzes Zwerchfell ganz mit Zorn erfüllt wurde, während seine Augen flammendem Feuer glichen". Darauf heißt es weiter: „Melancholie ist Niedergeschlagenheit mit einer besonderen Art von Wahnvorstellungen ohne Fieber und scheint mir Einleitung des Wahnsinns (μανία) und ein Teil davon zu sein". Bei den Wahnsinnigen wechselt die Stimmung zwischen Zorn und Aufgeräumtheit, und ihre Krankheit zeigt sich durch fortwährende wilde und häßliche Handlungen; die Melancholiker dagegen kennen nur einen Gemütszustand, Depression, aber diese äußert sich verschieden: einige fürchten vergiftet zu werden, andere sind menschenscheu und suchen Einsamkeit, werden von abergläubischer Angst (vor Dämonen) ergriffen oder von Lebensüberdruß. Die ersten Symptome der Melancholie sind ein Depressionszustand, der bei einigen sanft ist, bei anderen mürrisch, und unmotivierter Stumpfsinn. Darauf wird der Kranke jähzornig, mißmutig und schlaflos oder unruhig schlafend; beim Fortschreiten der Krankheit wird er von heftiger Angst ergriffen und hat erschreckende Träume, die er für Wirklichkeit hält; seine

---

[1]) *M. Wellmann*, Die pneumatische Schule. Berlin 1895, S. 23 ff.

Neigungen wechseln plötzlich, bald ist er boshaft, kleinlich und knauserisch, bald offen, verschwenderisch und wohltätig, nicht aus Güte, sondern wegen krankhaften Gesinnungswechsels. Das nächste Stadium ist Lebensüberdruß, Menschenscheu und grundloses Jammern; der Patient verwünscht das Leben und sehnt sich nach dem Tode. Bei vielen endet das mit Gefühllosigkeit und Stumpfsinn; der Kranke erkennt niemand, vergißt, wer er selbst ist, und versinkt in einen tierischen Zustand. Sein Aussehen verschlechtert sich, die Gesichtsfarbe wird graugrün, trotz seiner Gefräßigkeit magert er ab, er schläft schlecht, hat keinen ordentlichen Stuhlgang, sein Urin hat eine schlechte Farbe und ist nicht reichlich genug, die Hypochondrien sind aufgedunsen und übelriechendes Aufstoßen häufig; der Puls ist gewöhnlich klein, undeutlich und frequent. Zum Schluß wird die Krankengeschichte eines angeblich melancholischen jungen Mannes mitgeteilt und kritisiert; er war von den Ärzten aufgegeben, wurde aber dadurch geheilt, daß er sich verliebte. Archigenes glaubt nicht an diese Heilmethode und erklärt den Fall folgendermaßen: der junge Mann sei die ganze Zeit hindurch verliebt gewesen, sei aber abgewiesen und deswegen deprimiert geworden, ohne daß seine Umgebung von seiner unglücklichen Liebe gewußt habe; als das Mädchen dann umgestimmt ja sagte, sei sein Gemütszustand ganz natürlich umgeschlagen.

Die Therapie der Melancholie wird sehr ausführlich beschrieben [1]; sie stimmt in den Hauptpunkten mit der bei Celsus mitgeteilten, läßt aber alle psychischen Mittel beiseite, Aderlaß wird in gewissen Fällen empfohlen, ebenso das Schröpfen, u. a. am geschorenen Kopfe; im Kopf sitzt nämlich die Ursache der Krankheit, weshalb sie auch auf die Sinne einwirkt, so daß der Kranke zuweilen falsche Sinneseindrücke hat. Der Magen muß in Ordnung gehalten werden, zu welchem Zweck verschiedene Abführmittel empfohlen werden, z. B. Aloe; Vomitive und Helleborus werden ebenfalls angewendet. Für die Diät werden genaue Regeln gegeben: Brot in süßem Wein aufgeweicht, eine Mischung von Wein und Honig, Eier, mageres Fleisch (vom Schweine die Zehen und Teile des Kopfes, von Vögeln die Flügel), Wildbret und Obst. Da der „melancholische" Körper trocken und hart ist, wird Einreibung mit reichlichem Öl empfohlen, wenn Besserung eingetreten, Mineralbäder an irgend einem Badeort; Motion und andere Mittel zur Stärkung sind ebenfalls nützlich. Bei milderen Fällen kann man sich gewöhnlich mit Aderlaß und Abführmitteln

[1]) *Aretaios*, „Von der Behandlung chronischer Krankheiten" I 5.

begnügen; tritt aber, wie es häufig geschieht, ein Rückfall ein, muß man sofort kräftig eingreifen und eine Helleboruskur anfangen. Alle kann der Arzt nicht heilen, „dann wäre er mächtiger als ein Gott"; er kann aber die Leiden des Kranken lindern, ihm Zwischenruhe verschaffen und die Krankheit zurückdrängen; entweder muß er sich also damit begnügen, indem er die Unheilbarkeit der Krankheit zugibt, oder fortwährend die äußersten Mittel versuchen. Wenn die Krankheit das Ganze angegriffen hat, die Sinne, die geistigen Fähigkeiten, das Blut, die Galle und die Nerven, ist sie unheilbar und disponiert zu verschiedenen schweren Leiden: Krämpfen, Mania und Lähmung, die ebenso unheilbar sind. Als Ursache der Melancholie wird noch Stockung der Menstruation bei Frauen und der Hämorrhoidalblutung bei Männern genannt.

Wie ein paar der angeführten Äußerungen zeigen, hat Archigenes beobachtet, daß Melancholie Einleitung zum Wahnsinn (μανία) sein kann; vom Übergang bemerkt er[1]), daß Wahnsinn gewöhnlich eintritt, wenn die deprimierte Stimmung stoßweise von Erleichterung und Aufgeräumtheit abgelöst wird. Auch über den Zusammenhang zwischen Epilepsie und Geisteskrankheit ist er im klaren; „Epilepsie kann zuweilen auch in Wahnsinn umschlagen", heißt es (Aretaios a. O. I 4); wenn die Epilepsie andauert, und die Angegriffenen sich nicht nach jedem Anfall vollständig erholen, werden sie stumpfsinnig, deprimiert, menschenscheu und ungesellig, nicht einmal das Alter kann sie milder stimmen, sie schlafen nicht gut, haben böse und absurde Träume, verlieren den Appetit, leiden an schlechter Verdauung, bekommen eine ungesunde, bleierne Gesichtsfarbe, Denkkraft und Sinnen werden abgestumpft, sie hören schlecht, ihr Kopf summt, sie reden undeutlich oder verkehrt und enden im vollständigen Stumpfsinn (eb.).

Noch ausführlicher wird die zweite Form der Geisteskrankheit geschildert, die Mania (eb. I 6). Ihre Äußerungen sind mannigfach, in ihrem Wesen ist sie aber eine und dieselbe Krankheit: eine generelle, chronische „Ekstase" ohne Fieber; tritt Fieber hinzu, geschieht es nur zufällig. Von Fieberdelirien und akuten Anfällen geistiger Störungen infolge von Trinken oder Vergiftung (z. B. durch Mandragora oder Bilsenkraut) unterscheidet sich die eigentliche Mania ohne Schwierigkeit durch ihr Andauern, während die anderen Fälle, die zufälligen Ursachen verdankt werden, schnell behoben werden. Mit dem Kindisch-

[1]) *Aretaios*, „Von den Ursachen chronischer Krankheiten" I 5.



werden (λήρησις, Schwatzhaftigkeit) kann sie auch nicht verwechselt werden, obgleich auch dieses chronisch ist; das Kindischwerden ist eine Altersschwäche, die in der Abstumpfung der Sinne und des Intellekts besteht und von Kälte verursacht wird, während Mania der Wärme und Trockenheit verdankt wird und sich durch unruhiges und verstörtes Betragen verrät; die Altersschwäche schreitet gleichmäßig und ununterbrochen vorwärts, während die Mania in Paroxysmen von Pausen unterbrochen auftritt und heilbar ist. Zwischen Phrenitis und Mania ist der Unterschied der, daß die Phrenetiker falsche Sinneseindrücke bekommen, nicht daseiende Dinge als daseiend sehen und Dinge sehen, die für andere nicht sichtbar sind; die Verrückten dagegen sehen die Dinge richtig, beurteilen sie aber verkehrt. Die Phrenitis hat ihren Sitz im Kopfe, die Mania dagegen in den inneren Teilen wie die Melancholie. Ob die Krankheit als Melancholie oder als Mania auftritt, hängt vom Temperament ab; heftige und unternehmende Naturen mit leichtem und munterm Gemüt sind für Mania disponiert, ebenso wie die warmen und blutreichen, daher auch die jüngeren; die stumpfen dagegen, die schwermütigen und schwerfälligen, die, wenn sie endlich einmal durch Anspannung etwas gelernt haben, es schnell wieder vergessen, sind eher zur Melancholie geneigt, ebenso die von der schwarzen Galle überhitzten und daher ausgetrockneten.

Als Anlässe zu Ausbrüchen von Wahnsinn bei dafür disponierten Individuen werden angeführt Unmäßigkeit im Essen und Trinken samt geschlechtlichen Ausschweifungen, bei Frauen Stocken der Menstruation. Solchen Pausen der Krankheit, die nicht die Folge ärztlicher Behandlung sind, sondern sich von selbst einstellen, ist nicht zu trauen; selbst Leute, die vollkommen geheilt scheinen, bekommen leicht einen Rückfall bei dem geringsten Anlaß, einem Diätfehler, einem zufälligen Zornausbruch oder nur dem Wechsel der Jahreszeiten (der Frühling gilt als besonders gefährlich).

Der Wahnsinn kann sich als übermäßige Lustigkeit äußern; der Kranke lacht, spielt und tanzt unaufhörlich Tag und Nacht, zuweilen geht er bekränzt herum in dem Wahn einen Sportsieg gewonnen zu haben. Solche Geisteskranke sind für ihre Umgebung nicht gefährlich. Schlimmer sind die Maniakalischen, die sich heftigen Zornausbrüchen hingeben, ihre Kleider zerreißen, zuweilen sogar ihre Diener erschlagen oder sich selbst zu töten versuchen. Die Art der Wahnvorstellungen ist verschieden nach der Bildungsstufe der Patienten; gebildete und studierte Leute schaffen phantastische astro-

nomische Theorien und philosophische Systeme auf eigene Hand oder glauben sich von den Musen zu origineller dichterischer Produktion inspiriert; die ungebildeten dagegen wähnen Kraftproben im Tragen von Lasten leisten zu können oder tüchtige Töpfer, Tischler und Steinmetzen zu sein. Als Beispiele sonderbarer fixer Ideen werden angeführt, daß einige glauben Lehmtöpfe zu sein und daher fürchten umzufallen und zerschlagen zu werden, andere bilden sich ein von ungebranntem Ton zu sein und fürchten im Wasser aufgelöst zu werden. Es wird von einem Zimmermann erzählt, der zu Hause in der Werkstatt und auf dem Arbeitsplatz völlig bei Vernunft war, alles, was sein Handwerk erforderte, befriedigend ausführen, Kontrakte mit seinen Arbeitgebern schließen und seine Bezahlung sich ausbedingen konnte, ohne daß man ihm etwas anmerkte; wenn er aber sein Werkzeug ablegen wollte, um auf den Markt oder ins Bad zu gehen u. dgl., seufzte er zuerst tief und nahm darauf sein Werkzeug auf die Schulter und brachte es mit sich, wo er auch hin ging; wenn er dann seine Hausgenossen und seine Werkstatt aus den Augen verloren hatte, bekam er einen maniakalischen Anfall; wenn er umkehrte und nach Hause ging, kam er sofort wieder zu Vernunft.

Besonders wird der religiöse Wahnsinn besprochen. Der Kranke verstümmelt sich selbst in dem Glauben dadurch seinen Göttern zu gefallen und ihre Befehle zu erfüllen. Solche Patienten können aus ihrem Wahnsinn durch Musik, Lustigkeit und einen Rausch erweckt werden oder durch eindringliche Mahnung der Anwesenden; außerhalb ihrer fixen Idee sind sie ganz vernünftig; wenn der Anfall vorüber ist, sind sie fröhlich und sorglos und halten sich für ihrem Gotte geweiht, sie sind aber blaß und mager und geschwächt durch die Wunden, die sie sich zugefügt haben; „in dieser Form des Wahnsinns verspürt man den Finger Gottes“.

Wenn die Geisteskrankheit ernster ist, können die Sinne des Patienten geschärft werden, er ist mißtrauisch und jähzornig, entweder übertrieben niedergeschlagen oder vergnügt, zuweilen schlaflos; sein Aussehen ändert sich, er hat Kopfschmerzen oder einen schweren Kopf, sein Gehör ist scharf genug, aber seine Auffassung langsam, einige haben Ohrensausen, das zur Stärke des Trompetenklangs oder des Flötenspiels sich steigern kann. Auf einem noch mehr vorgerückten Stadium wird der Kranke aufgedunsen, empfindet Übelkeit, ist gefräßig (wegen der Schlaflosigkeit), aber fortwährend mager und blaß, seine Augen sind eingefallen und blinken selten, zuweilen sind sie rot und blutunterlaufen; er sieht allerlei Gestalten und Bilder, finster und

schwarz, wenn er Melancholiker ist, sonst mehr rot und purpurfarbig; viele glauben Blitze zu sehen und fürchten sich davon getroffen zu werden. Während der Kulmination der Krankheit leiden sie an Pollutionen und empfinden einen unbändigen Drang zu geschlechtlichen Ausschweifungen, denen sie sich ohne Scham vor aller Augen ergeben; Mahnungen und Vorwürfe machen sie völlig rasend. Das letzte Stadium der Krankheit kann einen höchst verschiedenen Charakter haben; einige laufen rastlos herum und kehren ohne es zu ahnen immer wieder an dieselbe Stelle zurück, andere zanken mit ihrer Umgebung oder beklagen sich laut darüber, daß sie bestohlen und mißhandelt werden, wieder andere ziehen sich menschenscheu in die Einsamkeit zurück und reden mit sich selbst. In ihren hellen Augenblicken sind sie apathisch, stumpfsinnig und mißmutig, weil sie sich dann auf ihre Krankheit besinnen und sich dadurch bedrückt fühlen. Die Vorschriften des Archigenes für die Behandlung dieser Form von Geisteskrankheit sind leider verloren. Dagegen ist seine sehr ausführliche Darstellung der Behandlung der Phrenitis erhalten [1]). Er hebt u. a. hervor, daß es von Wichtigkeit ist das Krankenzimmer und das Bett zweckmäßig herzurichten; das Zimmer soll geräumig, luftig und nach der Jahreszeit wohl temperiert sein, die Wände glatt, ohne Vorsprünge und ohne Gemälde; jede Unebenheit reizt den Kranken sie anzufassen, und Wandmalereien veranlassen leicht Halluzinationen. Ob das Zimmer hell oder dunkel sein soll, hängt vom Zustand des Patienten ab; es ist ein gutes Zeichen, wenn Licht einen beruhigenden Einfluß auf ihn hat. Es muß vollkommene Ruhe und Stille herrschen, nicht nur im Zimmer, sondern in dem ganzen Hause; das Gehör des Kranken ist geschärft, und jedes Geräusch affiziert ihn stark. Das Bett darf weder so breit sein, daß er sich in ihm hin und her werfen kann, noch so schmal, daß er Gefahr läuft, während der Paroxysmen aus ihm zu fallen; es soll weich sein, um seine angegriffenen Nerven nicht zu irritieren und die Teppiche sollen glatt sein, um ihm keine Veranlassung zu geben Flocken aus ihnen zu rupfen. Es ist wichtig den Patienten bei guter Laune zu erhalten; deshalb sollen seine besten Freunde ihn besuchen und ermuntern durch Erzählungen und unschuldige Gespräche. Die Krankheit bringt oft Schlaflosigkeit mit sich; sie kann den Kranken so quälen, daß er weder bei Nacht noch bei Tage Ruhe findet, seine Augen werden starr, als ob sie aus Horn wären [2]), er wirft sich auf dem Lager hin und her und springt auf.

[1]) *Aretaios*, „Von der Behandlung akuter Krankheiten" I 1.

[2]) Dasselbe Bild gebraucht die Odyssee XIX 211 von den Augen

In solchen Fällen muß man kräftige Schlafmittel anwenden, Kopfbäder, Frottierung unter den Fußsohlen, Krauen an den Schläfen oder hinter den Ohren (wie bei Tieren). Oft kann es auch helfen dem Patienten die Verhältnisse zu verschaffen, worunter er gewohnt ist zu schlafen; den Seemann kann man in ein Boot legen, ihn von den Wellen wiegen, den Geruch von See und Schiff merken, die Brandung und das Sausen des Windes hören lassen; der Musiker soll durch Spielen und Singen zum Schlafen gebracht werden, der Lehrer durch kindliches Geplauder. Außerdem werden gegen Phrenitis allerlei Medikamente empfohlen.

Die andere einflußreiche Ärzteschule der römischen Kaiserzeit, die der Methodiker, hat uns ebenfalls eine zusammenhängende Darstellung ihrer Ansichten von Geisteskrankheit und ihrer Behandlung hinterlassen. Man verdankt sie dem bedeutendsten Vertreter der Schule, dem Soranos aus Ephesos (erste Hälfte des 2. Jahrhunderts), und sie ist in der lateinischen Übersetzung eines viel späteren Verfassers[1]) erhalten. Ihre Grundlage ist die Lehre des Asklepiades, wie zu erwarten war (er wurde halbwegs zur Schule gerechnet), es wird aber scharfe Kritik an ihm geübt; auch die Theorien und Therapie anderer Ärzte werden berücksichtigt, und die Darstellung hat überhaupt in Übereinstimmung mit den Neigungen des Soranos einen literarischen Charakter; sie bekommt dadurch besonderen Wert als ein wohlgeordneter Überblick über die Leistungen des Altertums auf diesem Gebiete; außerdem gibt sie auch ein paar neue und selbständige Bemerkungen, aber inbezug auf Frische der Beobachtung und Anschaulichkeit der Beschreibung steht sie hinter der des Archigenes zurück.

Soranos nimmt die zwei gewöhnlichen Arten von Geisteskrankheit an, Mania und Melancholie, und verwirft ausdrücklich die Annahme, Melanchclie sei nur eine Form der Mania; diese hat ihren Sitz im Kopf, die Melancholie dagegen im Unterleib Die Beschreibung der Mania fängt an mit einem Hinweis auf die merkwürdige Auseinandersetzung Platons im „Phaidros" (oben S. 13f.); nach einer kurzen Bemerkung die Theorien der Stoiker und des Empedokles betreffend und einigen (unrichtigen) etymologischen Erklärungen (vielleicht Zusatz des Übersetzers) wird Mania definiert als eine chronische

des Odysseus, als er Penelope gegenüber seine Erregung unterdrücken muß.

[1]) *Caelius Aurelianus*, De morbis chronicis (Amstelaedami 1709) I 5—6.



Geistesstörung ohne Fieber; dadurch unterscheidet sie sich von der Phrenitis, und selbst wenn ein akzidentielles Fieber hinzutritt, ist eine Verwechslung ausgeschlossen, weil bei der Phrenitis Fieber das primäre ist. Wahnsinn tritt am häufigsten bei jungen Männern ein oder solchen mittleren Alters, selten bei alten und noch seltener bei Frauen und Kindern; er kann als ein plötzlicher Anfall auftreten, aber auch sich nach und nach entwickeln, aus inneren Ursachen sowohl wie aus äußeren, wie schlechter Verdauung, Trunkenheit, Wachen, Erschütterungen oder Schlägen auf den Kopf, aber auch geistiger Überanstrengung, starken Leidenschaften (Liebe, Zorn u. dgl.), Aberglauben, Trauer und Furcht; auch Vergiftung durch gewisse Arten von Medikamenten (besonders Liebestränken), Hemmung von Hämorrhoidalblutungen und bei Frauen Störungen der Menstruation können Wahnsinn bewirken.

Die Symptome sich nahenden Wahnsinns sind dieselben wie für Epilepsie und Apoplexie; als Vorläufer der Epilepsie wird folgendes angegeben[1]): Schwere und Gesumme im Kopfe, Schwindel, starre Augen, Sausen vor den Ohren oder geschwächtes Gehör, Dunkelheit vor den Augen und Gesichtsschwäche, Flimmern und Gesichtshalluzinationen, die sich als Spinnengewebe, leichte Wolken, kleine schwarze Tiere, Funken oder leuchtende Ringe zeigen, ferner Trockenheit des Schlundes, Anschwellung der Hypochondrien, Gähnen, Niesen, zu reichliche Absonderung von Speichel, Appetitlosigkeit oder Gefräßigkeit, Schlaflosigkeit oder unruhige Träume, schlechte Verdauung, abnormer sexueller Drang, zuweilen von Pollutionen begleitet, Ängste, unbegründeter Jähzorn und Vergeßlichkeit. Man hat versucht verschiedene Distinktionen aufzustellen und besondere Symptome für das Nahen der Geisteskrankheit anzugeben; so sollte schwerer Schlaf Epilepsie vorbedeuten, ein leichter und kurz dauernder dagegen Wahnsinn; als besondere Symptome für Geisteskrankheit werden ferner angeführt Spannung im Kopfe bei Zornausbrüchen und das Gefühl verrückt worden zu sein abwechselnd mit hartnäckigem Schweigen infolge unmotivierter Angst, Depression, Prahlen, Gefräßigkeit, häufiges Blinzeln der Augen, Herzklopfen, beängstigende Träume, Verdauungsstörungen und häufige Flatus, kleiner und frequenter Puls, während er bei den für Epilepsie Disponierten groß und selten ist. Aber Soranos hält diese Symptome nicht für hinreichend sicher, um die beiden nahe verwandten Krankheiten zu unterscheiden.

---

[1]) *Caelius Aurelianus*, a. a. O. I 4.

Die ausgesprochene Geisteskrankheit kann sich auf viele verschiedene Weisen äußern, als Heftigkeit und Lustigkeit, als Niedergeschlagenheit und Angst, als Furcht vor eingebildeten Gefahren, wie wenn der Kranke unaufhörlich fürchtet in Löcher des Bodens zu fallen, als Verlust des Gedächtnisses und als Halluzinationen. Als Beispiele von Wahnvorstellungen werden angeführt, daß der Kranke glaubt, er sei ein Sperling oder ein Hahn, aus Lehm, ein Gott, Redner oder Schauspieler; der eine geht mit einem Rohr (als Zepter) in der Hand und glaubt die ganze Welt zu zählen, ein anderer schreit wie ein neugeborenes Kind und will getragen werden. Nach einem älteren Arzt wird ein Fall angeführt, wo ein „Grammatiker" wirr im Kopfe wurde aus Schrecken über ein Krokodil, auf das er zufällig getreten hatte; er bildete sich ein, sein linkes Bein und Hand seien von einer Schlange gefressen und verlor vollständig das Gedächtnis, so daß er sich nicht einmal an die Buchstaben erinnern konnte.

Die Verrücktheit kann entweder kontinuierlich oder von hellen Augenblicken unterbrochen sein. Während der Anfälle werden die Augen blutgesprengt und der Blick starr; es tritt andauernde Schlaflosigkeit und Spannung der Adern ein, das Gesicht wird rot, der Körper hart; dieser kann sich ungewöhnlich abgehärtet zeigen. Die Symptome zeigen, daß im Körper eine Anspannung vorhanden ist und daß der Kopf Sitz des Leidens ist. Wenn einige glauben, das psychische Leiden sei das primäre, so ist das ein Irrtum, die Krankheitsursache ist körperlich; man hat ja auch nie von einem Philosophen Regeln für die Behandlung von Geisteskrankheit vernommen.

Für die Therapie werden sehr ausführliche Vorschriften gegeben; sie nehmen über zweimal so viel Raum in Anspruch als die Beschreibung der Krankheit. Der Patient soll in einem ziemlich hellen und warmen Zimmer liegen, wohin kein Lärm reicht; es dürfen an den Wänden keine Gemälde sein, und die Fenster dürfen nicht niedrig sitzen; das Zimmer soll am liebsten nicht in den höchsten Stockwerken liegen, da die Gefahr vorhanden ist, der Kranke könne sich aus dem Fenster stürzen. Das Bett, das weich sein muß, soll so angebracht werden, daß der Patient die Besucher nicht durch die Tür eintreten sieht, damit nicht der Wechsel ihres Gesichtsausdrucks störend auf ihn einwirke. Es dürfen nicht zuviel Leute zum Kranken kommen, namentlich nicht solche, die er nicht kennt. Die Krankenwärter dürfen dem Kranken weder immer nach dem Munde reden, um ihn nicht in seinen Wahnvorstellungen zu bestärken, noch ihm immer widersprechen, um ihn nicht zu reizen; sie sollen bald auf seine

Ideen eingehen, bald sanft sie zu berichtigen suchen. Wenn der Patient geneigt ist aus dem Bette aufzuspringen, oder das Alleinsein ungünstig auf ihn wirkt, muß man die Zahl der Krankenwärter vergrößern und ihnen Anweisung geben den Kranken im Bette zu halten, ohne daß er es merke, z. B. unter dem Vorwand ihn zu frottieren; kann er es nicht aushalten, Menschen zu sehen, muß er so sanft wie möglich ans Bett mit einem Riemen gebunden werden, indem man die Gliedmaßen mit Wolle schützt. Wenn er vor einer einzelnen Person Furcht oder Respekt hat, darf dieser nicht zu oft ihm vor Augen kommen, um nicht seinen Einfluß auf den Kranken einzubüßen; er soll für Notfälle aufgespart werden, wo es gilt den Kranken bange zu machen und ihm zu imponieren. Leidet der Patient an Depression, soll man ihn dadurch erheitern, daß man ihm etwas Vergnügliches erzählt. Kann er das Licht nicht vertragen, muß man seine Augen dagegen schützen, ohne den übrigen Körper dessen Einwirkung zu entziehen. Die Kost soll leicht und knapp sein, und der Magen ist in Ordnung zu halten. Im übrigen werden empfohlen warme Umschläge gegen lokale Schmerzen, Ausspülung des Mundes und, wenn die Kräfte es erlauben, Aderlaß.

Wenn die Krankheit stationär ist, soll man den Kopf des Patienten rasieren, ihm am Kopfe und dem Rücken Schröpfköpfe oder Blutegel setzen; darauf werden verteilende Pflaster und Abwaschung mit warmem Wasser angewandt. Gegen Schlaflosigkeit werden die gewöhnlichen Mittel empfohlen, das Wiegen in einer Hängematte oder einem Tragsessel, ein plätschernder Springbrunnen; man kann auch die Augen reiben mit einem in laues Wasser eingetauchten Schwamm. Als Motion wird ferner ein Rollsessel genannt; wenn die Kräfte des Patienten es erlauben, soll er gezwungen werden spazieren zu gehen und seine Stimme zu gebrauchen. Man läßt ihn laut lesen, am liebsten Dinge, die seine Kritik herausfordern können, um ihn zu zwingen nachzudenken; aus demselben Grunde soll man ihm fortwährend Fragen vorlegen, die ihm zur Widerlegung und Belehrung Anlaß bieten, und dadurch sein Selbstgefühl kräftigen. Nach einer solchen geistigen Anstrengung soll man ihn sich selbst überlassen und ihm etwas zu lesen geben; man muß aber darauf achten, daß es seine Fassungskraft nicht übersteige oder ihn anstrenge, denn dann ist es schädlich. Danach kann man ihm szenische Aufführungen sehen lassen, lustige, wenn er deprimiert ist, tragische und ergreifende, wenn er albern lustig ist. Bekommt das ihm gut, läßt man ihn Vorträge halten, indem man darauf sieht, daß die ärztlichen Vorschriften

für den Gebrauch der Stimme befolgt werden: die Einleitung soll in leichtem Ton vorgetragen werden, das Hauptthema mit Anspannung der Stimme und laut, der Schluß mit sanfter und gedämpfter Stimme; Zuhörer sollen seine Freunde und Bekannten sein, die ihn durch Beifall ermuntern müssen. Nach dem Vortrag soll er in sein Zimmer gebracht und mit Öl eingerieben werden, darauf sich etwas bewegen. Dem Ungebildeten soll man Fragen vorlegen, die seine Profession angehen; ist er Bauer, spricht man mit ihm von der Landwirtschaft, ist er Seemann, von der Schiffahrt; ist er dafür zu stumpfsinnig, behandelt man mit ihm die alltäglichsten Fragen oder läßt ihn Brettspiel spielen; das gibt seinen Gedanken eine passende Beschäftigung, besonders wenn sein Mitspieler ihm überlegen ist. Wenn der Patient ausgeruht hat und ein bischen spazieren gegangen, soll er gesalbt und frottiert werden, baden und eine Mahlzeit einnehmen; Wein darf er nur sparsam ab und zu genießen. Wenn neue Symptome nicht mehr auftreten, und der Kranke imstande ist eine gewisse Anstrengung auszuhalten, ist Luftveränderung wünschenswert; es kann ihm auch empfohlen werden, die Vorlesungen der Philosophen zu hören, die „durch ihre Reden Furcht, Sorgen und Zorn vertreiben“[1]).

Wenn die Krankheit nicht weichen will, muß man die Behandlung der ersten Stadien wiederholen; Bewegung und vernünftige Diät ist die Hauptsache; auch Musik ist empfehlenswert. Außerdem werden verschiedene Medikamente, besonders Helleborus, und andere Kuren angegeben, z. B. den Körper dem Sonnenschein auszusetzen, aber so, daß der Kopf geschützt ist, die Benutzung natürlicher mineralischer Wässer, die jedoch nicht zu übelriechend sein dürfen, Reisen zu Wasser und zu Lande, samt Zerstreuungen. Gegen Ohrensausen werden Spülungen mit allerlei scharfen und reinigenden Auflösungen empfohlen. Daß die Krankheit gehoben ist, zeigt sich, wie bei den Epileptikern (Caelius Aurelianus, a. O. I 4), dadurch, daß Schlaf, Appetit und gesunde Farbe wiederkehren, daß die Verdauung regelmäßig vor sich geht, und daß die gewöhnlichen Arbeiten längere Zeit hindurch ohne Überanstrengung ausgeführt werden können.

An diese Darstellung seiner eigenen Therapie knüpft Soranos, wie er pflegt, eine scharfe Kritik seiner Vorgänger. Die auch bei Celsus bekämpfte Vorschrift, das Krankenzimmer müsse dunkel sein, verwirft er, weil viele Geisteskranke sich vor der Dunkelheit fürchten, und weil sie im Widerstreit ist mit der restringierenden Natur der

[1]) *Soranos* denkt offenbar an Moralpredigten der Stoiker und Kyniker, welche die menschlichen Leidenschaften bekämpfen.

Krankheit, die gerade als Gegengewicht Licht fordert. Ebenfalls mißbilligt er allzu kräftige Hungerkuren, die den Kranken zu sehr entkräften; wenn man sie damit hat begründen wollen, daß wilde Tiere am leichtesten durch Hunger gezähmt werden, findet Soranos diese Begründung so schlecht, daß man ihre Fürsprecher eher für verrückt als für Ärzte halten sollte. Vor rücksichtslosem Binden des Kranken wird gewarnt; das kann ihm leicht einen Schock geben; man halte ihn lieber mit den Händen im Bett fest. Vor kräftigen Schlafmitteln wird ebenfalls gewarnt mit der Begründung, daß sie einen schweren Kopf verursachen. Den bei Celsus empfohlenen Kopfbädern mit Rosenöl u. dgl. wird widerraten, weil sie restringierend sind statt relaxierend; aus ähnlichen Gründen werden abkühlende Mittel verworfen, die Aristoteles und Diokles empfohlen haben sollen; ihre Anwendung beruht auf dem Mißverständnis, daß die innere Hitze des Patienten Ursache der Krankheit sei, während sie in Wirklichkeit nur ein Symptom ist; Abkühlung verschlimmert den Zustand, weil sie den Körper „dichter" macht. Aderlaß darf nicht zu weit getrieben werden, und Arteriotomie ist als eine unnütze Quälerei absolut verwerflich. Ebensowenig billigt Soranos die Anwendung von Klystieren und starken diuretischen und abführenden Mitteln. Die Deprimierten zu ermuntern und die Überschwenglichen herabzustimmen durch Flötenspiel, wofür man beziehungsweise die phrygische und die dorische Tonart empfohlen hat, ist gefährlich, da die Erfahrung zeigt, daß die Flöte sogar auf gesunde Menschen aufreizend wirken kann. Solche Mittel, wie den Kranken sich berauschen zu lassen oder ihn zu prügeln, können nur Schaden stiften. Ausführlich wird gegen die Ansicht polemisiert, man solle versuchen, den Geisteskranken verliebt zu machen. Es sei ja doch „die nackte Wahrheit", daß Wahnsinn oft aus Liebe entsteht; so ist es vorgekommen, daß jemand aus Liebe zu Proserpina, der Königin der Unterwelt, dorthin hinuntergestiegen, ein anderer hat sich ins Meer gestürzt, weil er in Amphitrite verliebt war, und eine Königstochter hat aus Eifersucht ihre eigenen Kinder getötet[1]); man kann nicht einmal die Ansicht ganz abweisen, die Liebe sei eine Art Geisteskrankheit — die Symptome haben eine gewisse Ähnlichkeit —, und es wäre daher sowohl frevelhaft als töricht die Krankheit, die man heilen will, herbeizuführen. Außerdem hält es schwer, einen Geisteskranken verliebt zu

---

[1]) *Soranos* meint ohne Zweifel die mythologischen Beispiele Peirithoos und Medea. Derjenige, der sich um Amphitritens willen ins Meer stürzte, ist vielleicht Theseus.

machen; er hat ja allen Sinn für Schönheit verloren und lebt in seinen Halluzinationen. Und wenn es auch gelingen sollte, würde es ebenso verkehrt sein dem Geisteskranken den sexuellen Verkehr zu erlauben, als ihn darin zu hindern; ersteres würde ihn entkräften, das andere ihn aufbringen.

Aus den Schlußbemerkungen des Soranos geht hervor, daß diese Kritik wesentlich gegen Asklepiades und seine Schule gerichtet ist; er gibt zu, daß Themison, der Stifter der methodischen Schule, ebenfalls verwerfliche Kuren empfohlen habe wie Bäder, Wein und geschlechtlichen Umgang, daran sei aber sein Lehrer Asklepiades schuld, von dessen Lehre er sich nicht sofort habe freimachen können.

Die Melancholie behandelt Soranos kürzer. Sie habe ihren Namen davon, daß die Kranken oft schwarze Galle auswerfen, daß aber diese Ursache der Krankheit sei, sei eine unbegründete Vermutung, ja geradezu unrichtig. Die Krankheit greife meist Männer vom mittleren Alter an, fast nie Frauen oder Männer anderer Alterstufen; sie wird veranlaßt durch Hartleibigkeit, heftiges Erbrechen, Gebrauch von Medizin nach dem Essen[1]), scharfe Gerichte, Sorgen und Angst. Die einleitenden Symptome sind dieselben als bei Mania. Die Krankheit äußert sich durch Ängste und deprimierte Stimmung, von Verschlossenheit und Unwillen gegen die Umgebung begleitet. Der Kranke wünscht sich zuweilen den Tod, zuweilen leidet er dagegen an Todesfurcht und glaubt sein Leben in Gefahr; er weint ohne Grund und murmelt sinnlos vor sich hin; nach den Mahlzeiten kann ein erheiterter Zustand eintreten. Die körperlichen Symptome sind Anschwellen der Hypochondrien, Kälte der Extremitäten, häufiger Schweiß, Schmerzen im Unterleibe, im Magenmund (*cardia*) und im Rücken, Schwere des Kopfes, graugrüne oder fahle Gesichtsfarbe, Magerkeit und Kraftlosigkeit, schlechte Verdauung und übelriechende Aufstöße. Die Krankheit ist chronisch. Die Therapie ist dieselbe als bei Mania. Aderlaß und Helleborus verwirft Soranos wie auch die von anderen Ärzten benutzten starken Heilmittel, z. B. Aloe und Absinth; man soll lindernde und stärkende Mittel gebrauchen, gegen heftiges Erbrechen außerdem restringierende Pflaster.

Im Gegensatz zu den Pneumatikern und Methodikern scheint Galenos sich nicht sonderlich für Geisteskrankheit interessiert zu haben; in seiner ganzen weitläufigen Produktion findet sich keine

---

[1]) *Soranos* meint wohl die römische Unsitte, den überfüllten Magen unmittelbar nach der Mahlzeit durch Brechmittel zu erleichtern.



zusammenhängende und systematische Darstellung davon [1]), und die zerstreuten Bemerkungen, die er hier und da hat, enthalten fast nichts Neues.

Galenos huldigt bekanntlich der angeblich hippokratischen Lehre von den 4 Säften, die den Zustand des Körpers bestimmen, und leitet daher auch die verschiedenen Formen der Geisteskrankheit von ihnen ab. So sagt er (VIII S. 191 Kühn), daß diejenigen, welche die Bedeutung der 4 Säfte nicht erfaßt haben, wie z. B. Erasistratos und seine Schule, von der Melancholie und ihrer Entstehung nichts haben sagen können, und selbst wiederholt er fortwährend, daß Mania aus der dünnen, gelben Galle entstehe, Melancholie aus der schwarzen (z. B. XIV S. 740). Diese Säfte wirken aufs Gehirn, das er mit den Hippokratikern als Sitz des Geisteslebens betrachtet (s. z. B. IX S. 406); daher lähmen die genannten Krankheiten das intellektuelle Leben und die Sinnesfunktionen (VIII S. 166). An einer einzelnen Stelle (VII S. 60 ff.) wird dies in interessanter Weise näher auseinandergesetzt und mit Beispielen beleuchtet. Wenn die Vorstellungsfähigkeit paralysiert wird, tritt die sog. Katalepsis ein, wird sie geschwächt, entsteht Lethargie, ist ihre Bewegung gestört und unregelmäßig, bewirkt das Verrücktheit. Ebenso, wenn die Bewegung der Denkkraft in Unordnung ist; wenn sie paralysiert, tritt Wahnsinn (ἄνοια) ein, wenn geschwächt, Stumpfsinn (μωρία). Verrücktheit greift gewöhnlich sowohl die Vorstellungsfähigkeit als die Denkkraft auf einmal an, es kann aber auch vorkommen, daß nur der eine Teil gestört ist. So war ein Arzt in allen anderen Beziehungen bei Vernunft, erkannte die ihn Umgebenden und redete vernünftig mit ihnen, hatte aber die verrückte Vorstellung, daß Flötenspieler sich in einer Ecke des Zimmers, worin er lag, festgesetzt hatten und unablässig Tag und Nacht spielten; er sah sie deutlich vor sich, einige sitzend, andere stehend, und rief fortwährend, man solle sie hinausjagen. Als er geheilt war, konnte er sich an alles erinnern, was sich während seiner Krankheit zugetragen hatte, auch die Halluzination der Flötenspieler. Als Beispiel gestörter Denkkraft ohne Halluzinationen wird ein Mann angeführt, der sich eingeschlossen hatte und nach und nach alles Hausgerät zum Fenster hinausreichte und die Vorbeigehenden fragte, ob er es hinauswerfen solle; er nannte jedes Stück mit dem richtigen

---

[1]) Seine Schrift „Von der Diagnose und Behandlung subjektiver seelischer Affekte" ist eine psychologisch-ethische Abhandlung über Gemütsbewegungen.

Namen und litt nur unter der Zwangsvorstellung, daß es hinausgeworfen werden sollte.

Aber abgesehen von dieser Andeutung einer Distinktion zwischen den verschiedenen Tätigkeiten des Gehirns, die fast modern anmutet, begnügt Galenos sich, wie berührt, mit den beiden geräumigen alten Bezeichnungen Mania und Melancholie.

Mania wird wie gewöhnlich von Phrenitis dadurch unterschieden, daß sie nicht von Fieber begleitet ist (VII S. 202, XVII¹ S. 699). Auch die übrigen Bemerkungen über ihre Ursachen und Symptome halten sich nahe an Hippokrates und werden meist als Erläuterungen und Verteidigung von Aussprüchen hippokratischer Schriften vorgetragen; so wird die hippokratische These, daß Störungen des regelmäßigen Atmens Wahnsinn vorausverkünden, eifrig verteidigt (VII S. 791, 831; vgl. XVI S. 552, 556; XVIII² S. 88), und im Anschluß an Hippokrates wird die Gefährlichkeit des Frühlings und z. T. auch des Herbstes als zur Geisteskrankheit disponierend hervorgehoben (XVI S. 382, 26—27 und sonst), ebenso der günstige Einfluß von Hämorrhoidalblutungen (XVI S. 459 u. s.). Es wird bemerkt (VII S. 789), daß die Geisteskranken auch ihre körperlichen Bedürfnisse vergessen, wie das Urinieren, den Stuhlgang, das Essen und Trinken; selbst wenn sie etwas verlangt haben, vergessen sie zu essen, bleiben mit dem Nachttopf in der Hand stehen ohne ihn zu benutzen oder bleiben auf dem Nachtstuhl sitzen, bis ihre Umgebung sie mahnt aufzustehen. Dieser Zustand wird treffend beleuchtet durch Vergleich mit augenblicklicher Geistesabwesenheit bei Gesunden; wenn man während eines schnellen Ganges mit bestimmter Absicht zufällig an etwas, das einen stark beschäftigt, zu denken anfängt, geht man unwillkürlich langsamer, bis man sich auf seinen Auftrag besinnt und seine Aufmerksamkeit darauf konzentriert, schnell vorwärts zu kommen. In ähnlicher Weise werden maniakalische Anfälle mit heftigen Zornausbrüchen bei sonst normalen Menschen verglichen (V S. 22), die erbittert schlagen und strampeln, ihre Kleider zerreißen, Fenster und Türen einschlagen, in Steine und Schlüssel beißen usw. [1]).

Über Melancholie finden sich bei Galenos etwas zahlreichere und ausführlichere Aussagen, obgleich er auch hier in der Hauptsache sich an Hippokrates hält. Die Melancholie ist ein chronisches Leiden (XVII² S. 385), hervorgerufen durch die Kälte und Trockenheit der schwarzen Galle (I S. 522). Wie schon von Hippokrates bemerkt, ist

[1]) Vgl. *Horatius*, Epist. I 2, 62: *ira furor brevis est*; *Themistios* I 7 b: μανία ὀλιγοχρόνιος, XXII 269 d u. a.

sie der Epilepsie enge verwandt (VIII S. 180). Wer für Melancholie disponiert ist, muß sich hüten vor allerlei Speisen, welche die schwarze Galle nähren, wie z. B. Fleisch, besonders Ochsenfleisch, Hasen, Wildschweine, gesalzene Waren, Kohl (XIII S. 183 ff., VI S. 661), Essig (XI S. 438). Aus eigener Praxis führt Galenos ein Beispiel dafür an, daß geschlechtliche Enthaltung einen melancholischen Gemütszustand veranlassen kann (VIII S. 418). Schweigsamkeit und Verschlossenheit, wenn sie nicht bei dem Betreffenden habituell ist, zeigt Melancholie an (XVII[1] S. 213). Wider seine Gewohnheit bestreitet Galenos den hippokratischen Aphorismus, der plötzlich eintretenden Mangel an Herrschaft über die Zunge als Symptom der Melancholie bezeichnet (XVIII[1] S. 142). Sonst charakterisiert er die Krankheit in engem Anschluß an die „Aphorismen" (XVIII[1] S. 35) als einen andauernden Depressionszustand und unbegründete Angst (VII S. 203); fragt man den Patienten nach dem Grund seines Mißmuts, so kann er keinen angeben; einige wünschen den Tod herbei, andere fürchten ihn, aber auch Dinge, die zu fürchten kein Grund vorliegt. Der Kranke hat sehr lebhafte Träume (XVI S. 525). Im übrigen können seine Ängste und Wahnvorstellungen die verschiedensten und sonderbarsten Formen annehmen; einer glaubt von Lehm zu sein und geht den ihm Begegnenden aus dem Wege aus Furcht vor dem Zerschlagenwerden; ein anderer schlägt mit den Armen und versucht zu krähen, wenn er einen Hahn krähen hört; einer glaubt der Atlas zu sein, der den Himmel trägt, und fürchtet beständig müde zu werden, ihn fallen zu lassen und so sich selbst und seine Umgebung zu zerschmettern. Angst und Depression, Lebensüberdruß und Menschenhaß sind allen Melancholikern gemeinsam, Sehnsucht nach dem Tode dagegen findet sich nicht bei allen; bei einigen besteht die Krankheit gerade umgekehrt in ständiger Angst vor dem Sterben; andere haben Angst davor und wünschen es zur selben Zeit (VIII S. 190).

Was die Ätiologie betrifft, unterscheidet Galenos drei Formen, je nachdem die schwarze Galle sich des ganzen Körpers bemächtigt oder das Gehirn allein angegriffen hat (VIII S. 181 ff.), oder der Magen die Quelle der Krankheit ist. Die letzte Form wird Hypochondrie genannt (VIII S. 342) und wird nach Diokles beschrieben als von Magenschmerzen, Aufstoßen und Erbrechen begleitet, das das Zahnfleisch bluten macht, von reichlicher Speichelabsonderung, Brennen in den Hypochondrien usw. (VIII S. 186).

Die Therapie ist für die verschiedenen Formen etwas verschieden, aber die Hauptmittel sind Aderlaß (wenn der ganze Körper ange-

griffen ist) und Purgieren, besonders beim Erbrechen; als Medikament wird Helleborus empfohlen (XIV S. 741, V S. 132). Galenos zieht das Purgieren dem Aderlaß vor (XI S. 341, 344); es soll im Anfang des Frühlings geschehen (XI S. 345). Aus eigener Praxis führt Galenos einen Mann an, der jedes Jahr von Melancholie angegriffen wurde, wenn er nicht purgierte, diese Kur half ihm aber sofort (XVIII[1] S. 79). In anderen Fällen beschränkt sich Galenos auf Bäder und Diät (VIII S. 192).

Die unter Galenos' Namen erhaltenen „medizinischen Definitionen" enthalten für Geisteskrankheit nur diese zwei (XIX S. 416): „Mania ist eine Störung der Denkkraft und eine Abweichung von dem normalen und im gesunden Zustand gewöhnlichen, ohne Fieber"; „Melancholie ist ein Leiden, das dem Verstande schadet, mit starker Depression und Unwillen gegen die Nahestehenden, ohne Fieber; bei einigen wird auch der Magen von der schwarzen Galle verdorben, die in Übermaß vorhanden ist, so daß Erbrechen eintritt und der Verstand zugleich leidet". Die Schrift ist von einem späteren Verfasser, der zur pneumatischen Schule gehört, aber dem Eklektizismus zugeneigt ist[1]).

Interessanter ist eine kleine Kompilation „Über Melancholie", ebenfalls mit Galenos' Werken herausgegeben (XIX S. 699—720). Sie enthält Exzerpte aus seinen Schriften, aber auch aus Rufus aus Ephesos (Zeit Traians), Marcellus aus Side (in Pamphylien, erste Hälfte des 2. Jhs. n. Chr.) und anderen. Zugrunde liegt die Einteilung der Melancholie in drei Formen, wie sie bei Galenos aufgestellt werden. Als Beispiel der Hypochondrie wird ein Mann angeführt, der glaubte keinen Kopf zu haben; er wurde dadurch geheilt, daß man ihm einen bleiernen Hut aufsetzte, dessen Schwere ihn überzeugte, daß er einen Kopf habe (XIX S. 701). Die Krankheit wird so beschrieben: die meisten Melancholiker sind zu sexuellen Ausschweifungen geneigt, sie sind traurig, ängstlich, jammern und weinen und suchen Einsamkeit. Einige glauben durch Zauberkünste ihrer Feinde von Dämonen besessen zu sein, andere fürchten vergiftet zu sein und werden in dieser Vorstellung durch die übelriechenden Aufstöße bestärkt, welche die Krankheit mit sich bringt. Die Krankheit ist überhaupt in ihren Äußerungen sehr verschieden und vielgestaltig; einige fürchten sich vor den ihnen Nahestehenden, andere vor allen Menschen; einige scheuen die Dunkelheit, andere können

[1]) *Wellmann*, Die pneumatische Schule, S. 65 ff.

das Licht nicht vertragen, sondern halten sich am liebsten an dunkeln Orten auf, in Grabkammern u. dgl., und dies ist das gewöhnliche; einige fürchten sich vor Wasser, Wein, Öl und überhaupt allem Fließenden, als ob sie die Hundswut hätten. Allen gemeinsam ist nur die Angst und die Depression (XIX S. 702).

In dem Exzerpt aus Rufus wird hervorgehoben der bunte Charakter der Symptome und die Unmöglichkeit sie alle aus einem Grundleiden abzuleiten, z. B. die unbegründete und ungleich geartete Angst. Aber für mehrere Symptome wird eine Erklärung von der Humoralpathologie aus versucht. Wenn einige glauben aus Lehm zu sein, oder ihre Haut ihnen als trockenes Leder erscheint, ist der Grund die von der Krankheit stammende Trockenheit (vgl. Galenos oben S. 33). Die Vorstellung ohne Kopf zu sein hat ihren Grund in dem Gefühl von Leichtigkeit, die durch das in den Kopf aufsteigende Pneuma hervorgerufen wird. Die „Kälte" der Krankheit (vgl. oben S. 33) bringt das Bedürfnis viel zu essen und zu trinken mit sich. Das Selbstmordgelüste hat seinen Grund in der Furcht vor größeren Übeln, oder vielleicht halten sie, „wie einige der Barbaren" [1]), den Tod für ein Glück. Die Verdauungsschwierigkeiten stammen von der Überfüllung des Körpers mit verdorbenen Säften. Wenn die Kranken unaufhörlich blinzeln müssen, hervorstehende Augen und in der Regel dicke Lippen haben, liegt das an einer Verdichtung des Pneumas. Ihre Hautfarbe ist dunkel, weil der verdorbene Saft im ganzen Körper verbreitet ist; sie haben gewöhnlich starken Haarwuchs am Körper wegen der dicken „Perittomata" des Saftes; sie reden schnell und stammelnd mit „trockner" Stimme, weil sie wegen der Beschaffenheit des Pneumas ihre Zunge nicht beherrschen können [2]). Die Behandlung muß sich nach dem Ursprung der Krankheit richten. Die Melancholie kann entweder angeboren sein auf Grund des Temperaments oder erworben durch unvernünftige Diät; im letzteren Fall ist Stumpfsinn und Depression das Vorherrschende, während solche, deren Verrücktheit einer Überhitzung der Galle verdankt wird, wilder und hitziger sind; während der Paroxysmen schlagen sie um sich und begehen allerlei Gewalttaten, in den Pausen sind sie von Traurigkeit und Angst deprimiert. Über die Therapie wird dann eine Reihe von Vorschriften verschiedener Ärzte mitgeteilt, die haupt-

[1]) Man kann z. B. an den Bericht *Herodots* V 4 von den Trausen denken.

[2]) Die meisten dieser Symptome werden in den hippokratischen Schriften erwähnt.

sächlich mit Galenos übereinstimmen, aber bedeutend mehr Medikamente angeben, z. T. sehr zusammengesetzte (XIX S. 707 ff.).

Als eine besondere Form der Melancholie führt die genannte Kompilaton (XIX S. 719 f.) die sogenannte Lykanthropie (oder Kynanthropie) an, beschrieben von Marcellus aus Side, dessen Darstellung wahrscheinlich nicht nur für uns die älteste vorliegende ist; sie wird in allen späteren Handbüchern wiederholt bis tief in die byzantinische Zeit. Es ist schon öfters als eine nicht seltene Wahnvorstellung erwähnt, daß der Geisteskranke glaubt irgendein Tier zu sein. Die Lykanthropie, die angeblich periodisch ist und besonders im Februar auftritt, zeigt sich darin, daß der Patient ein Wolf oder Hund zu sein glaubt und sich entsprechend geberdet; er geht nachts aus und hält sich mit Vorliebe auf Begräbnisplätzen auf, wo er die Gräber öffnet; erst am Morgen kommt er zu sich und geht nach Hause. Die Symptome sind blasse und fahle Gesichtsfarbe, trockne und eingefallene Augen, die nicht weinen können, geschwächter Gesichtssinn, trockene Zunge und Mangel an Speichel; der Patient leidet an Durst, und seine Schienbeine sind voller Wunden, die nicht heilen können, weil er sich während seines nächtlichen Umherirrens fortwährend stößt und von den Hunden gebissen wird. Die Krankheit wird mit Aderlaß, Purgieren und Diät behandelt; wenn ein Anfall im Anmarsch ist, kann man Schlafmittel anwenden.

Die Realität dieser sonderbaren Krankheit kann nicht bezweifelt werden; es liegen zuviel Zeugnisse von ihr vor aus den verschiedensten Ländern und Zeiten. Aber schon im Altertum hat man sie mit verschiedenen Sagen in Verbindung gebracht, namentlich mit der Erzählung von Lykaon, König Arkadiens, der Kinder schlachtete und auffressen ließ, und in späterer Zeit knüpfte allerlei Aberglaube daran an; ein Nachhall ist der volkstümliche Glaube an Werwölfe [1]).

Die hier referierte Sammlung von Notizen „Über Melancholie" ist eigentlich ein Bruchstück (VI S. 9—11) des großen Handbuchs der Heilkunde (*Iatrika*), das Aëtios aus Amida (in Mesopotamien), Arzt des oströmischen Kaiserhofs zum Anfang des 6. Jhs., in sechzehn Büchern zusammengestellt hat nach älteren Quellen, vor allem Galenos, aber auch mit Benutzung sonstiger Fachliteratur. Dasselbe Werk enthält (VI 8) eine Beschreibung der Mania und ihrer Behandlung „nach Archigenes und Poseidonios" (einem Arzt der

[1]) *Welcker*, Kleine Schriften III S. 157 ff.: Lykanthropie ein Aberglaube und eine Krankheit. *Roscher*, Abhandlungen d. sächsischen Gesellschaft d. Wissensch. 1897, philol.-hist. Klasse XVII, Nr. III (1896).

empirischen Schule aus dem I. Jh. v. Chr.), die zwar nichts wesentlich Neues bringt, aber einen ganz guten kurzgefaßten Überblick gibt.

Mania entsteht aus Blutzuströmung zum Gehirn, entweder wenn diese zu stark ist, wie bei einem Rausch, oder wenn das Blut durch Galle verunreinigt ist. Im ersteren Fall lacht der Patient unaufhörlich und hat lachenerregende Visionen, sein Gesichtsausdruck ist munter, er singt fortwährend und wähnt Flötenspiel zu hören; sein Gedächtnis ist ungeschwächt (er kann sich seiner Lieder erinnern), aber die Vorstellungs- und Denkfähigkeit ist gestört. Die Mischung mit der Galle verursacht dagegen stechende Schmerzen im Gehirn, der Patient wird zornmütig und gewalttätig; wenn die Galle sich im Gehirn festsetzt, treten maniakalische Anfälle ein, während deren es vorkommen kann, daß der Kranke in sein eigenes Fleisch beißt und die ihm am nächsten Stehenden tötet oder mißhandelt in dem Wahne, daß sie seinem Leben nachstellen. Je nach der wechselnden Menge des Krankheitsstoffs kann er zwischen exaltierter Lustigkeit und Erregung wechseln; eine passende Diät genügt zuweilen, um eine Pause herbeizuführen; die Krankheit kann auch periodisch sein, ein, zwei oder mehr Male jährlich. In der Regel werden nur reife Männer angegriffen, meist solche, die an irgendeiner psychischen Abnormität leiden, wie Neigung zum ausgelassenen Lachen, Spottlust, Eigensinn, Heftigkeit, Grübelei und Geiz, oder die zuviel trinken und eine schlechte Verdauung haben; Frauen werden meist angegriffen, wenn sie an Störungen der Menstruation leiden. Symptome der sich nahenden Krankheit sind grundlose Lustigkeit oder Zornigkeit, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, andauernde Schlaflosigkeit, unbegründete Sorgen, Schwere und Klopfen im Kopfe. Diese Symptome werden immer stärker, es treten übelriechende Aufstöße ein und abnorm starke sexuelle Triebe mit häufigen Pollutionen, die Augen sehen eingefallen und starr aus. Die Behandlung ist die gewöhnliche: Diät, Aderlaß, Purgieren und Bäder; Helleborus wird empfohlen, ebenso Schlafmittel, die jedoch mit Vorsicht anzuwenden sind.

Aëtios hat noch einen Abschnitt (VI S. 22) über Stumpfsinn oder Idiotie (μώρωσις), die ebenso wie kindische Geschwätzigkeit (λήρησις) von der Abkühlung des Gehirns herrühren soll. Von letzterer unterscheidet sich der Stumpfsinn dadurch, daß in dem Reden und Handeln des Patienten ein gewisser Zusammenhang ist, während der Geschwätzige fortwährend den Gegenstand wechselt und ohne Zusammenhang redet. Stumpfsinn kann auf allen Altersstufen vorkommen, auch bei Kindern und jungen Leuten, während Geschwätzig-

keit für das Alter charakteristisch ist. Für Stumpfsinn ist die Kur dieselbe als für Epilepsie, wenn die Krankheit aber angeboren ist, kann keine Behandlung nützen.

Bei dem nächsten Vorbild und teilweise Quelle des Aëtios, Oribasios, Leibarzt des Kaisers Julianus Apostata, findet sich in den erhaltenen Teilen seines großen Handbuchs über Geisteskrankheit nichts; aber in dem von ihm selbst herausgegebenen Auszug („Synopsis") ist ein Abschnitt aufgenommen (VIII, 7, 8, 10) über Melancholie, der die Lehre des Galenos von den drei Formen der Krankheit und ihrer Behandlung wiedergibt, eine kleine Notiz von einem Medikament gegen Mania nach Philumenos (einem Methodiker des 1. Jhs. n. Chr.), die Beschreibung der Lykanthropie nach Marcellus und als etwas Neues ein Kapitel (VIII 9) über „Verliebtheit", die hier zum erstenmal im Anschluß an einzelne Andeutungen früherer Verfasser unter die psychischen Krankheiten eingeordnet wird. Die Niedergeschlagenheit und Schlaflosigkeit der Verliebten soll einige Ärzte zu einer verkehrten Behandlung verleitet haben, so daß sie Bäder verboten und eine knappe Diät vorgeschrieben haben; solche Patienten sollen gerade baden, Wein trinken, unterhalten und zerstreut, zuweilen auch erschreckt werden; Müßiggang ist der beste Nährboden des Übels; daher soll man ihren Ehrgeiz und ihr Interesse für irgend eine Aufgabe wecken, die zu ihren Gewohnheiten stimmt. Als äußere Symptome werden angegeben: eingefallene Augen ohne Thränen, scheinbar vor Freude strahlend, häufige Bewegungen der Augenlider; die Augen nehmen an der übrigen Mattigkeit des Körpers keinen Anteil.

Ganz von den Vorgängern, besonders Galenos und Oribasios, abhängig ist Paulos von Aigina (7. Jh.). Außer demselben Kapitel über Lykanthropie (III 16) hat er einen Abschnitt über Mania und Melancholie und ihre Behandlung (III 14), der nichts wirklich Neues enthält; er nennt die gewöhnlichen merkwürdigen Wahnvorstellungen, daß die Kranken glauben aus Lehm oder irgend ein Tier zu sein, ebenfalls die von der schwarzen Galle hervorgerufenen maniakalischen Anfälle, die den Kranken für die Umgebung gefährlich machen; er muß daher ans Bett gebunden werden. Wenn er Medikamente nicht nehmen will, wird es empfohlen diese in sein Essen zu mischen. Melancholie soll durch Bäder, Diät und passende Zerstreuung allein geheilt werden können, wenn der Anfall milder ist. Nach Oribasios hat Paulos auch ein Kapitel über Verliebtheit (III 17), das er mit der Bemerkung einleitet, daß dieser Zustand passend unter den Geisteskrankheiten

behandelt werden könne, da er in „Sorgen“ bestehe und eine ermüdende Bewegung des Denkvermögens sei. Im Hinblick auf eine bekannte Geschichte des Erasistratos, der entdeckt haben soll, daß der Sohn des Königs Seleukos, dessen Krankheit den anderen Ärzten unerklärlich war, an Liebe zu seiner Stiefmutter litt, deren Gegenwart seinen Puls heftig beschleunigte, fügt Paulos die Bemerkung hinzu, daß es ein Irrtum sei, wenn man einen besonderen Puls der Verliebten hat statuieren wollen; unruhiger Puls begleitet jeden Affekt, folglich auch denjenigen, in den man versetzt wird, wenn man den Gegenstand der Liebe sieht, daran denkt oder davon hört.

Der einzige dieser späten Kompilatoren, der bei aller Abhängigkeit von seinen Quellen doch etwas Selbständiges bietet, aus eigener Praxis und Erfahrung geschöpft, ist Alexandros aus Tralleis (6. Jh.), Bruder des Erbauers der Sophiakirche Anthemios.

Das Werk des Alexandros [1]) sollte nach der Vorrede eine kurze und leicht faßliche Darstellung der Erfahrungen geben, die er in seiner Praxis über die Behandlung verschiedener Krankheiten gemacht hatte, aber er macht kein Hehl daraus, daß er auch die Arbeiten älterer Ärzte benutzt hat, namentlich die des Galenos.

Die Phrenitis [2]), die übrigens sowohl von Fieberdelirien als von eigentlicher Geisteskrankheit scharf unterschieden wird, definiert Alexandros als eine Entzündung des Gehirns oder der Gehirnrinde von der Galle hervorgerufen; nach der Beschaffenheit des Krankheitsstoffes kann sie in milderen oder gewaltsameren Formen auftreten. Vorboten der Krankheit sind andauernde Schlaflosigkeit oder unruhiger Schlaf mit störenden Träumen, Distraktion, so daß der Patient einen Befehl zu geben anfängt, dann aber auf etwas anderes kommt und vergißt, was er sagen wollte, Heftigkeit und Ungestüm im Gespräch, tiefe und hastige Respiration, kleiner und harter Puls. Wenn ein Anfall sich naht, werden die Augen starr und rot, unrein und triefend; darauf fängt der Kranke an Flocken zu zupfen, spricht undeutlich, wird stumpf, antwortet und hört nicht. Wenn die Krankheit längere Zeit dauert, verlieren die Symptome sich, der Kranke spricht nicht mehr so verwirrt, sondern liegt wegen Entkräftigung still danieder; er springt nicht mehr verwildert aus dem Bett, sondern bleibt liegen und tappt nur mit den Händen herum, als ob er etwas suche; zuweilen ist er zu entkräftet, um die Augen aufschlagen zu können, oder schließt sie schnell wieder, wenn er sie ein seltenes Mal

[1]) Herausgegeben von *Th. Puschmann*, Wien 1878—79, 2 Bände.
[2]) I 13 (Bd. I S. 509 ff.).



geöffnet hat. Diese scheinbare Ruhe darf nicht täuschen, als ob die Krankheit überwunden sei.

Außer Abwaschungen des Kopfes mit Rosenöl, Essig u. dgl., die verstärkt und wiederholt werden müssen, wenn die Krankheit kulminiert, ist das Hauptgegenmittel Aderlaß am Ellenbogen. Es ist oft der Fall, daß der Kranke widerspenstig ist und dem Arzte den Arm nicht hergeben will; in dem Falle muß man die Stirnader öffnen. *Alexandros* berichtet aus seiner Praxis einen solchen Fall, wo der Patient sich so unruhig und rasend geberdete, daß er von mehreren kräftigen Männern festgehalten werden mußte; wenn er einer Waffe habhaft geworden wäre, würde er mehrere der ihn Umgebenden totgeschlagen haben. *Alexandros* entnahm ihm daher, weil ein wiederholter Aderlaß zu mühsam gewesen wäre, auf einmal eine genügende Menge Blut durch Öffnung der Stirnader; der Kranke versuchte das Blut einzuschlürfen, das über das Gesicht hinunterfloß, und bespritzte die Umherstehenden damit, „so daß die meisten von ihnen sogar dabei lachen mußten". Er wurde schnell geheilt. Außerdem muß man in jeder Weise die Schlaflosigkeit bekämpfen; wenn der Patient aber sehr schwach ist, darf man starke Schlafmittel nicht anwenden; sie können tödlich wirken.

Für das Krankenzimmer werden ungefähr dieselben Vorschriften gegeben, die wir aus Archigenes und Soranos kennen. Die Luft darf darin weder dick noch feucht sein, weder zu heiß noch zu kalt. Es soll eher hell als dunkel sein, damit der Kranke seine gewöhnliche Umgebung wiedererkenne. Seine allernächsten Freunde sollen ihn besuchen und bei ihm bleiben, damit sie durch sanfte Vorwürfe ihn dahin bringen können, daß er sich seines tollen Betragens schäme; dagegen darf ihm kein Verwandter oder Sklave, der ihm jemals Sorge oder Ärger verursacht hat, vor Augen kommen; das reizt ihn und hetzt ihn zu heftigen Anfällen auf. Es dürfen auch nicht zu viele auf einmal zu ihm hineinkommen; das macht Lärm und verunreinigt die Luft. Die Besuchenden sollen leise treten, damit das Bett nicht erschüttert werde, was den Kranken stört und am Schlafen hindert. Sie sollen alle seine Glieder anfassen und sanft frottieren. Für die Diät und den Gebrauch von Bädern werden genaue Vorschriften gegeben, die jedoch nichts wesentlich Neues enthalten; nur ist hervorzuheben, daß *Alexandros* einen gemäßigten Gebrauch des Weins empfiehlt, wenn nicht gerade ein starker Fieberanfall vorhanden ist; die heilsamen Wirkungen des Weins seien größer als die schädlichen, die man befürchtet; er vertreibt die Schlaflosigkeit und ist stärkend. Überhaupt kann Wein mit Vorteil solchen Geisteskranken gegeben werden, die gewohnt sind Wein zu trinken; er verwandelt ihre Heftigkeit und Wildheit in Wohlsein und bringt Schlaf.

Auch die Melancholie behandelt Alexandros ausführlich[1]). Das Wort ist bei ihm Bezeichnung für Geisteskrankheit im allgemeinen; er hat keinen besonderen Abschnitt über Mania, die er offenbar wie Archigenes als eine Form der Melancholie betrachtet.

---

[1]) A. O. II 17 (Bd. I S. 591 ff.).

Die Ursachen der Melancholie sind mehrere; die Säfte, die sie hervorrufen, sind nicht immer dieselben, und je nach ihrer Art und ihrem Sitze sind die Symptome der Krankheit verschieden. Einige lachen immer und sind von lichten und heitern Vorstellungen erfüllt, andere sind wie bei der Phrenitis zornmütig und erregt, wieder andere sind stumpfsinnig wie die Idioten und reden ungern, einige leiden an Wahnvorstellungen und glauben prophetische Gabe zu besitzen; einige sehnen sich nach dem Tode und gehen mit Selbstmordgedanken um, andere fürchten ihn fortwährend; der Zustand kann sowohl kontinuierlich sein als von hellen Augenblicken unterbrochen, wo der Kranke seine gewöhnlichen Beschäftigungen treiben kann. Die Symptome sind also dieselben, die immer hervorgehoben werden; das neue ist nur, daß sie alle au den Begriff „Melancholie“ bezogen werden. Als Sitz der Krankheit wird nach Galenos entweder das Gehirn allein angegeben oder der ganze Körper oder der Magen und die Hypochondrien; aber bei der darauffolgenden Spezialisierung der verschiedenen Formen der Melancholie und ihrer Behandlung wird eine andere Einteilung und Ätiologie zugrunde gelegt.

Die zuerst beschriebene Form wird durch zu große Vollblütigkeit verursacht. Sie greift häufiger Leute an, die einen starken Haarwuchs am Körper und eine dunkle Hautfarbe haben und mager sind, als solche, die eine weiße Haut haben und wohlgenährt sind, am häufigsten Männer in ihren besten Jahren, die von knapper Kost leben und hitzig sind, viele Sorgen haben und an schlechter Laune leiden. Der Arzt soll sich ferner erkundigen, ob irgend eine der gewöhnlichen Entleerungen des Kranken aufgehört hat, bei Männern besonders die Hämorrhoidalblutungen, bei Frauen die Menstruation, und ob ein ausgesprochenes Gefühl von Schwere im Körper vorhanden ist. Er soll auch darauf achten, ob die Gesichtsfarbe des Patienten geröteter ist als gewöhnlich, und ob die Adern hervortretend und gespannt sind. Wenn diese Symptome da sind, und besonders, wenn helle Augenblicke eintreten, wo der Patient zu seinen gewöhnlichen Beschäftigungen aufgelegt ist, ist die Diagnose „Melancholie infolge ungesunder Blutzuströmung zum Gehirn“ sicher; äußern sich die Ausbrüche als Ausgelassenheit, so ist die Krankheit nur durch die Quantität, nicht durch die Qualität des Safts veranlaßt. Die Kur dieser Form der Melancholie ist vor allem Aderlaß und Enthaltung von Fleisch und anderen Speisen, die Blutreichtum befördern.

Wenn das Blut, das die Krankheit verursacht, nicht rein ist, sondern von Galle und scharfen Stoffen verunreinigt, ist der Patient

hitziger, unruhiger und widerspenstiger. Wenn außerdem sein Temperament warm und trocken ist, seine bisherige Kost scharf und erhitzend, und wenn er in seinem kräftigsten Alter ist, ist die Diagnose sicher. Er ist bald lustig, bald wild, und Paroxysmen wechseln mit ruhigen Perioden. Solchen Patienten soll die Galle durch Purgieren entleert werden; man muß sich jedoch vor den allzu kräftigen und erhitzenden Mitteln hüten, die akute Anfälle von Wahnsinn hervorrufen können. Oft genügen eine richtige Diät und warme Bäder; für beides werden genaue Vorschriften gegeben. Das von „den Alten" empfohlene Mittel, Schröpfköpfe und Blutegel am Kopfe, verwirft Alexandros; es darf jedenfalls nur als Notmittel angewandt werden. Will der Patient die Medizin in keiner Gestalt nehmen, mischt man sie in Wein oder bringt sie in ein weiches Ei hinein; dann merkt er nichts. Wenn das Blut überhitzt wird, entsteht die dritte Form der Melancholie, bei welcher, wie die Symptome zeigen, die schwarze Galle hervorherrschend ist. Der Kranke leidet an unbegründeten Sorgen und Ängsten, ist deprimiert, wünscht sich den Tod, scheut seine besten Freunde, glaubt, daß man mit Gift und Dolch seinem Leben nachstelle usw. Als Beispiele fixer Ideen werden die herkömmlichen genannt: der Patient glaubt aus Lehm oder Leder zu sein, kräht wie ein Hahn oder wähnt die Nachtigall zu sein, die über den Verlust ihres Sohnes weine, oder Atlas, der den Himmel trage u. dgl. Aus eigener Praxis führt Alexandros eine Dame an, die den Langfinger umwickelte, weil sie glaubte daran die Welt zu tragen, und fürchtete, daß alles zusammenstürzen würde, wenn sie den Finger krümme. Wenn die Krankheit im Anfangsstadium ist und von einer vorhergehenden Trauer oder sonstigen Gemütsbewegung herrührt, muß man den Gedanken des Patienten eine andere Richtung geben dadurch, daß man ihn etwas sehen oder hören läßt, das ihn interessiert.

Außer der Geschichte von dem Mann, der den Kopf verloren zu haben glaubte, aber dadurch geheilt wurde, daß man ihm einen bleiernen Hut aufsetzte[1]), berichtet *Alexandros* noch ein paar merkwürdige Fälle fixer Jdeen, die durch rein psychische Einwirkung geheilt wurden. Eine Dame, die sich einbildete, eine Schlange verschlungen zu haben, wurde dadurch geheilt, daß man in ihrem Auswurf ein Tierchen anbrachte, dessen Aussehen dem von ihr vermeintlich verschlungenen entsprach. Eine andere Dame, die aus Trauer über die langwierige Abwesenheit ihres

---

[1]) S. oben S. 35. Bei *Alexandros* wird hinzugefügt, daß er sich einbildete, Tyrann gewesen und daher geköpft worden zu sein. Die Kur wird dem als Chirurg und Diätetiker bekannten Philotimos zugeschrieben, einem Zeitgenossen des Erasistratos.

Mannes auf einer Reise geisteskrank geworden war, wurde sofort vollständig wiederhergestellt durch die Freude über seine plötzliche und unerwartete Heimkehr. Wenn aber die Krankheit Zeit gehabt hat, sich festzusetzen, helfen solche psychischen Mittel nicht; dann muß man zum Aderlaß und Austreibung des schädlichen Saftes seine Zuflucht nehmen. Außer verschiedenen anderen Heilmitteln empfiehlt *Alexandros* zu diesem Zweck den „armenischen Stein", aufgelöst oder in der Form von Pillen, den er der Helleboruskur „der Alten" vorzieht wegen seiner weniger schmerzhaften und gefährlichen Wirkung. Nach dem Purgieren soll der Patient eine leichte Malzeit mit Obst haben und darauf sich ausruhen und schlafen. Wenn er sich so erholt hat, soll er ein Bad nehmen sowohl in warmem als in kaltem Wasser, darauf ein bißchen Brot, in Wein oder Met getaucht, zu sich nehmen, und dann nach Hause und zu Bett gebracht werden. Nach einem stärkenden Schlaf soll es seinen vertrauten Freunden erlaubt werden mit ihm zu sprechen. Antwortet er vernünftig und ruhig, gibt man ihm eine reichliche Mahlzeit von magerem Vogelwild und läßt ihn fortan eine kräftigere Diät innehalten, indem man alle Speisen vermeidet, die schwarze Galle erzeugen. Wenn die Besserung anhält, kann man dem Patienten erlauben, den Aufenthaltsort zu wechseln, seine Freunde zu besuchen, sich mit solchen Sachen zu beschäftigen, woran er früher Freude hatte, Schauspielen beizuwohnen usw. Und obgleich die Krankheit langwierig ist und schwer ganz zu heilen, soll man doch nicht die Hoffnung aufgeben, sie schließlich durch fortwährenden Gebrauch von zweckmäßiger Diät und Bädern zu bewältigen.

Noch im 14. Jh. schrieb der byzantinische Hofarzt (*actuarius*) Johannes ein verständiges Handbuch der Medizin, hauptsächlich nach Galenos, und gibt darin eine kurze, aber klare und wohlgeordnete Übersicht der Geisteskrankheiten (Mania und Melancholie, darunter auch Lykanthropie) [1]).

Überhaupt bekommt man einen starken Eindruck des Segens einer alten und ununterbrochenen Kultur, wenn man die Vorschriften dieser späten griechischen Ärzte für die Behandlung Geisteskranker vergleicht mit der Mißhandlung, der diese im Okzident noch viel später ausgesetzt waren. Die Strahlen der Sonne des Altertums, die zu diesen Nachzüglern der antiken Heilwissenschaft den Weg gefunden haben, sind allerdings matt und gebrochen, sind aber doch immer noch kräftig genug gewesen, um die Finsternis des Aberglaubens und der Unwissenheit zu zerstreuen, worin die Dämonen und andere theologische Gespenster sich tummeln. Die griechische Heilkunde hat auch auf diesem Gebiete den alten hippokratischen Wahlspruch bis zuletzt in Ehren gehalten: „zu nützen oder wenigstens nicht zu schaden".

---

[1]) *Ideler*, Physici et medici Graeci minores, II S. 386 ff.

Paralyse und Pockenschutzimpfung.

Diskussionsbemerkungen

von

Reinhard Carrière.

Die von *Daraszkiewicz* hervorgerufene Diskussion in dieser Zeitschrift, Band 83 und 84 hat zwar durch *Kolbs* Arbeit eine kritische Zusammenfassung und durch die Arbeiten namentlich auch von *Plaut* und *Jahnel* in der Münchener medizinischen Wochenschrift Nr. 10 und 13 dieses Jahres eine gewisse Widerlegung gefunden. Bei der Wichtigkeit der Frage dürften aber weitere Beiträge nicht ohne Wert sein.

Plaut und *Jahnel* berichten u. A. von den Verhältnissen auf Kuba, wo seit 1902 die Impfgesetze streng durchgeführt werden, und wo trotzdem die Paralyse noch heute äußerst selten ist.

Dasselbe sehen wir noch besser auf Madagaskar. Der norwegische Provinzialarzt *B. Ebbell* war von 1893—1912 in Madagaskar als Missionsarzt tätig. Er hat mir liebenswürdiger Weise aus seinen Notizen folgendes mitgeteilt: Seit Beginn der Arbeit der französischen Missionsstationen auf Madagaskar wurde auch die Vakzination in den 70er—80er Jahren eingeführt und 1893 war die Impfung schon sehr verbreitet. Die Pocken waren früher sehr verbreitet, es gab dauernd Epidemien. So hatten von den Patienten, die im Februar 1903 Ebbells Poliklinik aufsuchten, noch 728 Pockennarben, 552 keine. Syphilis gab und gibt es massenhaft. Allgemein verbreitet war tertiäre Lues, Aborte waren gewöhnlich, und 10 % der Patienten, die die Poliklinik aufsuchten, taten es wegen Syphilis, die übrigens auf Gassisch „Farasissa“ heißt, offenbar „Franzosen“. *Ebbell* sah zwar einige Fälle von Erkrankungen mit Lähmungen, die als syphilitische Erkrankung des Rückenmarks gedeutet werden mußten, und Erkrankungen mit Symptomen der Lues cerebri, mit Heilung durch spezifische Behandlung. Bis 1912 sah *Ebbell* aber niemals Tabes oder Paralyse,

trotzdem sich auf Madagaskar der Einfluß der Impfung, die wie gesagt 1893 schon sehr verbreitet war, hätte geltend machen müssen.

Bei den Eingeborenen Madagaskars kann also *Daraszkiewiczs* Theorie nicht stimmen. Eine andere Frage ist, ob etwa bei Europäern neben anderen Ursachen auch die Kuhpockenimpfung eine Rolle für die Entstehung der Paralyse spielen kann. Wir wissen ja doch vorläufig nur das eine, daß die Syphilis eine conditio sine qua non ist. Welche anderen Umstände gelegentlich eine Rolle spielen können, wissen wir nicht. Es muß ja nicht nur gerade die Impfung sein. Wenn zum Beispiel die bekannten Fälle angeführt werden, wo sich mehrere an derselben Quelle Lues holen und später alle Paralyse o. ä. bekommen, so braucht man weder an Impfung noch gleich an lues nervosa zu denken. Nehmen wir den Fall von *J.H. Schultz*: vier aktive Offiziere infizieren sich 1908 bei derselben puella bei einem Divisionsexerzieren, der eine bekommt eine Hemiplegie nach 4 Jahren, der zweite eine Tabes, die beiden andern Paralyse. Hier muß zunächst daran gedacht werden, daß eventuell erheblichen körperlichen Anstrengungen erheblicher Alkoholgenuß gefolgt ist, während die Lues erworben wurde. Grund genug, eine gewisse Schwächung des Gehirns gegenüber der Infektion annehmen zu können. Oder man denke an den Kaffeemißbrauch, der gerade im selben Jahrhundert, in dem die Paralyse erschien, begann. Auf Madagaskar ist Kaffeeanbau und Genuß bei den Eingeborenen erst in allerletzter Zeit bekannt geworden. Dagegen ist der Kaffeemißbrauch gerade in den Ländern und Gesellschaftsschichten, die Paralyse haben, oft recht verbreitet. Es wäre durchaus nicht so unsinnig, neben dem Alkohol gerade auch im Kaffee eine gelegentliche Nebenursache zur Paralyse zu sehen, ist doch Koffein von *Sack* als Kombination der Salvarsanbehandlung empfohlen worden, da man dann dem Gehirn verhältnismäßig mehr Salvarsan zuführt. Wieweit Blutandrang zum Gehirn bei Syphilitikern die Entstehung von Paralyse begünstigt, ist eine offene Frage — *H. Arnesen* macht auf diese Möglichkeit bei Schiffsmaschinisten aufmerksam.

Wieweit gerade die Kuhpockenimpfung eine Vermehrung der Paralyse hervorrufen soll, läßt sich an statistischem Material nur schwer untersuchen. Dazu sind die Paralysestatistiken zu unzuverlässig und die Ursachen, die ein Schwanken der Paralysefrequenz hervorrufen können, zu mannigfach. Über das Auftreten der Paralyse in Norwegen, namentlich in der Hauptstadt, werde ich demnächst berichten. Ich glaube nicht, wie ich hier vorweg nehmen will, aus meinen Zahlen einen Einfluß der Impfung auf die Paralysefrequenz heraus-

lesen zu können. Zunächst muß aber die Frage beantwortet werden, ob die Impfung relativ frisch sein soll beim Erwerb der Syphilis, oder ob ganz allgemein die Impfung schon der Kinder Einfluß haben soll. Im ersten Falle könnte bei Zusammentreffen von Impfung oder Wiederimpfung und Erwerb der Lues ein Zusammenhang untersucht werden. Da nämlich in Norwegen kein sehr strenger Impfzwang besteht — erst zur Konfirmation wird ein Impfattest verlangt, und gegen diese Bestimmung gibt es ärztliche Atteste — so haben wir das Vorkommen panikartiger Impfungen von Erwachsenen und älteren Kindern bei vorkommenden Pockenfällen. Nach so einer Panik bzw. Pockenepidemie müßte also etwa 12—15 Jahre später die Paralyseziffer steigen. Sollte aber jegliche Impfung eine Rolle spielen können, dann würden sich die Zahlen für die Paralysen allzusehr verteilen.

Nach *Kolb* müßten jedenfalls nach Panik-Impfungen die höheren Altersklassen relativ mehr Paralysen aufweisen. Nun waren die letzten Massenimpfungen in Norwegen 1905 und namentlich 1908 — dann erst wieder 1914. In den Jahren 1921—23 sollte man daher eine Wirkung sehen.

In der norwegischen Statistik findet sich die Tabelle: Alter, in dem sich die ersten Symptome bei den zum erstenmal Aufgenommenen zeigten, und in Schweden kann hierzu verglichen werden die Tabelle: Alter beim Ausbruch der Krankheit bei den zum erstenmal Aufgenommenen.

In den 3 Jahren 1921—23 haben wir folgende Zahlen:

	unter 15 J.		15—20		20—25		25—30		30—35		35—40	
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.
Norwegen	—	—	—	—	—	—	9	1	15	3	9	3
Schweden	1	—	—	—	3	—	3	2	20	3	36	4

	40—45		45—50		50—60		60—70		über 70		Summe	
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.
Norwegen	24	5	14	1	15	4	3	—	—	1	89	18
Schweden	27	5	32	6	23	2	6	2	—	—	151	24

Rechnen wir als „alte Paralysen" die nach dem 45. Lebensjahr aufgetretenen, so erhalten wir:

	bis z. 45. Jahre		nach d. 45. Jahr	
	M.	F.	M.	F.
Norwegen	57	12	32	6
Schweden	90	14	60	10

Das heißt in Schweden das Verhältnis von 3: 2, in Norwegen dagegen von fast 2:1, also werden in Norwegen 1921—23 verhältnismäßig weniger „alte Paralysen“ aufgenommen, trotzdem in Norwegen 1905, 1908 und 1914 Massenimpfungen stattfanden —: das Gegenteil von dem, was man nach *D.*s Theorie erwarten sollte.

Man könnte nun aber noch untersuchen, ob etwa bei Völkern mit strengeren Impfbestimmungen die Paralyse häufiger wäre als bei verwandten Völkern mit weniger strengen Impfbestimmungen. Nun hat Norwegen wenig Paralysen und keine strengen Impfbestimmungen, das Nachbarland Schweden hat aber anscheinend ebensowenig Paralysen und sehr wesentlich strengere Impfbestimmungen. *Malm* bezeichnet Norwegen direkt als „Anachronismus“ wegen der fehlenden schärferen Impfbestimmungen im Gegensatz zu seinen skandinavischen Nachbarstaaten mit ihrem durchgeführten Impfzwang. Vergleicht man die Anzahl Paralytiker im Verhältnis zu den Aufnahmen in den Irrenanstalten — gerechnet nur die zum erstenmal in eine Anstalt aufgenommenen —, so erhält man folgende Zahlen für die 5 Jahre 1919—1923: in Norwegen waren von allen erstmaligen Aufnahmen in den Irrenanstalten 6,3 % männliche und 1,1 % weibliche Paralytiker, in Schweden nur 5,1 % und 0,9 %[1]). Dabei ist der Impfschutz in Norwegen — trotz vereinzelter Panik-Impfungen bei Eintreffen von Pockenfällen — seit 1870 schwächer geworden, wenn man das Verhältnis der Geimpften zur mittleren Bevölkerungszahl in Zehnjahresperioden berechnet, die Zahl der Geimpften ist also relativ im Abnehmen begriffen. Selbst die Impfung 1908 konnte nichts daran ändern, denn nach dem Schreck, den die Pockenepidemie dieses Jahres in Norwegen verursacht hatte, fiel die Zahl der Impfungen in den folgenden Jahren bis weit unter den Durchschnitt — es waren ganz einfach 1908 ein großer Teil der Personen geimpft worden, die bei normalen Zeiten erst in den folgenden Jahren geimpft worden wären. Die Verhältnisse in Schweden und Norwegen dürften also auch gegen die Impftheorie sprechen.

Nur nebenbei sei bemerkt, daß ich gerade jetzt eine Paralytica — G. B. – hatte, die keine Impfnarben aufwies. Das ist ja kein Beweis dafür, daß sie nicht geimpft wurde, aber jedenfalls hat sie nicht die übliche Impfreaktion gezeigt.

---

[1]) Die schwedische Statistik umfaßt alle „öffentlichen, selbständigen“ Anstalten — vielleicht liegen die schwedischen Zahlen also etwas zu niedrig, da die norwegischen Zahlen für alle Anstalten gelten. Aber auf alle Fälle liegen die Zahlen der beiden Nachbarländer so nahe beieinander, daß ein Einfluß der Impfung deutlicherweise nicht herausgelesen werden kann.

Für die Paralysediskussion dürfte weiter eine französische Äußerung von Interesse sein, die ich zufällig fand — die französische Literatur ist mir zurzeit nicht so leicht zugänglich, daß ich nachsehen könnte, ob dieser Beobachtung weiter nachgeforscht worden ist — hier wäre gute Gelegenheit, an europäischem Material die Impftheorie nachzuprüfen: Auf dem Kongreß der französischen Psychiater und Neurologen in Pau 1904 berichtet nämlich *Coulonjou* „Sur l'étiologie de la paralysie générale dans le département de l'Orne": In der Anstalt von Alencon werden nur 2 % Paralysen aufgenommen, an den meisten anderen französischen Anstalten 15—30 %. Syphilis und Alkoholismus bestehen dort ebenso, wie in den anderen Gegenden, und *Coulonjou* sucht die Ursache im Mangel intellektueller Kultur bei der Bevölkerung der unteren Normandie. Wenn wirklich die Syphilis dort ebenso verbreitet ist, wie sonst in Frankreich, so könnte man ja die Impfstatistik daraufhin ansehen, ob die Einwohner dort so gut wie nicht geimpft werden. Das wäre dann schon eine Stütze für die Impftheorie. Vielleicht hat einer der Kollegen Gelegenheit, dieser Frage nachzugehen.

Zum Schluß dieser Diskussionsbemerkungen nur noch folgendes: Wenn immer wieder die Eingeborenen der warmen Länder zum Vergleich herangezogen werden und die Paralyse bei ihnen so selten vorkommt, so sei daran erinnert, daß wir weniger infolge unserer Zivilisation als vielmehr wegen unseres Klimas ja den Grundunterschied zeigen, daß wir unsere Haut nicht so intensiven Strahlungen aussetzen, wie die Eingeborenen. Welch ungeheuren Einfluß aber Sonnenstrahlung auf den Ablauf schwerster chronischer Krankheiten hat, das haben uns die Erfolge der Behandlung äußerer Tuberkulose — Hohenlychen! — gezeigt. Hierüber besteht ja eine große Literatur. Der Gedanke muß doch nahe liegen, daß auch der Verlauf der Syphilis erheblich durch die intensive Strahlung beeinflußt wird, der sich ja Europäer auch in den warmen Ländern nie so aussetzen, wie die Eingeborenen von jung auf. Ich verweise hier auch auf *Erich Hoffmanns* Arbeit über die Esophylaxie. So finde ich denn auch, daß *Auerbach* die Einführung der Heliotherapie in den syphilidologischen Kliniken empfiehlt. Es ist aber nicht nötig, wie er es tut, an eine kongenitale Immunschwäche des Hautorgans zu denken. Das Fehlen oder Vorhandensein der dauernden biologischen Einwirkung der Sonnenstrahlung auf die normale Haut muß für den Ablauf der Syphilis sicher eine Rolle spielen, die vielleicht groß genug ist, um das seltene Vorkommen der Paralyse bei den Eingeborenen gegenüber den zivilisierten Völkern wenigstens zu einem guten Teil zu erklären.

Literatur:

H. Arnesen, Litt om paralysis generalis 1891—1918. Medicinsk Revue, 1920.

S. Auerbach, Eine Anregung zur Verhütung der metaluetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. 47. Vers. südwestd. Neurol. u. Irrenärzte, 1922. Eigenber. Ztlbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 29, 1922.

M. Coulonjou, Sur l'étiologie de la paralysie générale dans le département de l'Orne. La semaine médicale 1904, Nr. 32.

E. Hoffmann, Über eine nach innen gerichtete biologische Schutzfunktion der Haut (Esophylaxie) nebst Bemerkungen über die Entstehung der Paralyse. Dermat. Zschr. 28, 1919 und D. med. Wschr. 1919.

O. Malm, Kopper og Vaccination i Norge. Kristiania 1915.

W. Sack, Vorbehandlung mit Koffein bei der Salvarsanbehandlung der zentralen Nervenlues. Münch. med. Wschr. 1922.

Norges offisielle statistik: Sinnssykeasylenes virksomhet 1919—23.

Sveriges officiella statistik: Sinnssjukvorden i riket 1919—23.

Daraszkiewicz-Diskussion, Allg. Zschr. f. Psych. Bd. 83.

Kolb: Zum Rätsel der Paralyse. Bd. 84.

Plaut-Jahnel: Münch. med. Wschr. 1926, Nr. 10 u. 13.

Ersatz der Lumbalpunktion durch die Zisternenpunktion?[1])

Von

Dr. Otto Kroiß.

Zur Gewinnung des Liquor zerebrospinalis stehen uns im allgemeinen die drei folgenden Wege zur Verfügung:

1. die Lumbalpunktion,
2. die Punktion der Seitenventrikel,
3. die Punktion der Zisterna cerebello-medullaris.

Für diagnostische und therapeutische Zwecke fast ausschließlich im Gebrauch ist zurzeit die Lumbalpunktion. Sie gilt als technisch nicht schwierig auszuführen und als im allgemeinen für ungefährlich. In einer ganzen Reihe von Fällen wird jedoch wohl jeder Kollege, selbst bei großer Erfahrung und Übung, eine ganze Anzahl von Versagern erlebt haben, sei es, daß er überhaupt keinen Liquor erhält, sei es, daß dem Liquor Blut beigemischt ist, wodurch er für eine Reihe von Untersuchungen mehr oder weniger ungeeignet wird. Ein besonderes Risiko stellt die Lumbalpunktion dar, wenn mit der Möglichkeit des Bestehens einer Hirngeschwulst, insbesondere einer solchen der hinteren Schädelgrube, gerechnet werden muß. Es sind zwar nicht wenige Kranke mit raumbeengenden Prozessen in der Schädelhöhle ohne ernsthaften Zwischenfall lumbalpunktiert worden, und auch die einzige Kranke dieser Kategorie aus meinem Material (sie hatte einen Kleinhirnbrückenwinkeltumor) hat vier Lumbalpunktionen mit Liquorentnahme von bis zu 20 ccm ohne üblen Zufall, allerdings mit starken subjektiven Beschwerden, überstanden, doch treten hierbei immer wieder Todesfälle auf. Erst aus den letzten Monaten ist mir ein solcher Fall bekannt geworden, in welchem der Tod nach langsamer Entnahme von nicht ganz 5 ccm Liquor fünf Minuten nach der Lumbalpunktion eingetreten ist.

---

[1]) Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Würzburg. (Direktor: Professor Dr. *Reichardt*.) (Vortrag, gehalten auf der Versammlung bayerischer Psychiater am 15. Juni 1926 in Günzburg.)

Am mißlichsten für die allgemeine Durchführung der Lumbalpunktion sind jedoch ihre üblen Nachwehen, die in einem so hohen Prozentsatz aufzutreten pflegen, daß es geradezu besonders bemerkt wird, wenn sie ganz ausbleiben. Im Gegensatz zu *Gennerich* haben wir diese Punktionsbeschwerden durch besondere Maßnahmen, wie Beckenhochlagerung und Verwendung dünner Nadeln, keineswegs mit Sicherheit vermeiden können, wenn auch zugegeben werden muß, daß Übelkeit und Erbrechen, Kopf- und Kreuzschmerzen nicht ganz so heftig und etwas weniger häufig aufgetreten sein mögen. Bei unseren Versuchen, Patienten ambulant zu punktieren, haben wir keineswegs gute Erfahrungen gemacht. Ob diese Resultate der ambulatorischen Lumbalpunktion durch die *Wechselmann*sche Technik (Benutzung einer stärkeren Führungsnadel zur Durchbohrung der Haut und der Ligamenta interspinalia und Lumbalpunktion mit einer ganz feinen Nadel durch diese Führungsnadel hindurch) wesentlich günstiger werden, bleibt abzuwarten; die neueste Veröffentlichung darüber berichtet über siebzig beschwerdefreie Fälle von hundert Punktionen: also auch hier noch bei einem Drittel der Patienten bemerkenswerte Nachwehen.

Es ist bekannt, daß Neurotiker bzw. neurotisch Überlagerte in besonders übler Weise auf die Punktion reagieren, indem sie die anfänglich realen Beschwerden fixieren bzw. tendenziös verarbeiten. Dies hat nicht wenige Untersucher veranlaßt, in solchen Fällen von einer Punktion gänzlich abzusehen.

Eine weitere Möglichkeit der Liquorgewinnung, die Punktion der Seitenventrikel, kommt für diagnostische Zwecke wohl nur in den allerseltensten Ausnahmefällen in Frage. Sie ist aus naheliegenden Gründen stets als schwerer Eingriff zu betrachten. Wir haben sie deshalb nach Möglichkeit vermieden. Ich habe sie bisher nur zwölfmal am Lebenden vorgenommen. Wenn sich auch Zwischenfälle hierbei nicht ereignet haben, so waren doch auch hier die Nachwehen größtenteils beträchtlich. Erwähnen möchte ich noch, daß einer unserer Patienten, der auf Wunsch der Angehörigen außerhalb unserer Klinik von chirurgischer Seite ventrikelpunktiert wurde, am Tage darauf an einer Ventrikelblutung starb.

Der dritte Weg der Liquorgewinnung, die Punktion der zwischen dem Kleinhirn und dem verlängerten Mark liegenden Liquorzyste, der Zisterna cerebello-medullaris, gewinnt in letzter Zeit zunehmend an Interesse (*Eskuchen*, *Nonne*, *Wartenberg*, *Stahl*, *Baumann* u. a.).

Schon seit einigen Jahren haben wir die Zisternenpunktion im

Anschluß an die *Reichardt*schen Arbeiten über Hirndruck, Liquorüberdruck usw. in unserer Klinik zunächst an Leichenmaterial regelmäßig angewendet.

Sie auch am Lebenden zu versuchen, trugen wir anfänglich Bedenken, haben uns aber dann doch dazu entschlossen, und haben wie ich schon jetzt erwähnen will, damit in jeder Richtung gute Erfahrungen gemacht.

Ich darf zuerst kurz unsere Technik schildern. Nur sehr stark erregten Kranken geben wir vor der Punktion Skopolamin-Dilaudid, Morphium selten, insbesondere nicht bei ambulanten Punktionen. Bei Männern rasieren wir das Kopfhaar abwärts von der Linea nuchae, Frauenhaare scheiteln wir median durch und rasieren dann die Punktionsstelle ganz schmal aus. Die Punktionsstelle selbst wählen wir dicht über dem Dornfortsatz des Epistropheus, also etwas tiefer als die meisten Autoren, letzteres aus folgenden Gründen: je tiefer die Einstichstelle an der Haut liegt, desto steiler scheitelwärts ist die Punktionsnadel gerichtet, wenn sie in das Foramen eindringt, und desto mehr liegt sie dann im größten und deshalb ungefährlichsten Durchmesser der Zisterne. Diese Tatsache scheint mir von den Autoren bisher nicht genügend berücksichtigt worden zu sein.

Die Punktion kann im Sitzen und im Liegen vorgenommen werden. Wir selbst ziehen in letzter Zeit die Punktion in genauer Horizontallage mit leicht nach vorn gebeugtem Kopfe vor. Sie hat den Hauptvorzug, daß beim Eindringen in die Zisterne mit der Hohlnadel der Liquor spontan abfließt und schafft auch bezüglich der Druckmessung die klarsten, übersichtlichsten und einheitlichsten Bedingungen.

Die Punktionsstelle anästhesieren wir jetzt stets mit Novocain-Suprarenin. Wir erreichen hierdurch nicht nur Schmerzfreiheit, sondern wir nehmen dadurch den Patienten sozusagen die Orientierung über die Lage und Richtung des Eingriffes und glauben, daß auf diese Weise namentlich dem Neurotiker bzw. dem neurotisch Überlagerten eine Reihe von Möglichkeiten genommen wird, an denen er mit psychischen Fixierungen einhaken könnte.

Wir punktieren ausschließlich mit Platin-Iridiumnadeln; sie können nicht abbrechen und wir vermeiden auf diese Weise mit größerer Sicherheit dieses sowohl bei der Lumbalpunktion als auch bei der Zisternenpunktion so unerwünschte Ereignis.

Nach erfolgtem Einstich durch die Haut richten wir, wie gesagt, genau in der Medianlinie bleibend, die Nadel steil gegen das Occiput (Richtung etwa gegen die große Fontanelle) und tasten uns dann durch

Heben des Nadelgriffes herab bis zum Rande des Foramen occipitale magnum. Unter Gegenhalten (wie es *Nonne* nennt) drücken wir nun die Nadel langsam durch die Membrana atlanto-occipitalis, die man meist als deutlichen Widerstand spürt. Erst nach dem Nachlassen dieses Widerstandes entfernen wir den Mandrin und schieben die Nadel langsam weiter vor, nie aber weiter als einen halben bis höchstens einen ganzen Zentimeter und erreichen so die Zisterne, d. h. wir erhalten spontan fließenden Liquor. Nach Ablassen der benötigten Liquormenge (wir haben bis zu 30 ccm entnommen) erfolgt Entfernung der Nadel. Wir geben die ausdrückliche Weisung, daß die Patienten sich nicht legen dürfen, sich verhalten sollen wie sonst und sich nur von ganz schwerer körperlicher Arbeit fernhalten brauchen.

Irgendwelche ernsthafte Zwischenfälle haben sich bei den 88 Punktionen, die wir bisher vorgenommen haben, nicht ereignet. Einige Male erhielten wir anfangs blutigen Liquor, doch hat sich dieser (bis auf zwei Fälle) dann völlig aufgehellt. Nachwehen traten in nur ganz geringem Maße auf. Erbrechen haben wir nur zweimal beobachtet, in einem Falle verbunden mit leichtem Fieber von vierundzwanzig Stunden Dauer. Es handelte sich hier um eine Patientin, die auch auf Lumbalpunktion, und zwar in viel stärkerem Maße, übel zu reagieren pflegte. Auffällig war das fast völlige Fehlen von Kopfschmerzen. Selbst unsere zehn oder elf Patienten mit ausschließlich psycho-neuropathischen Störungen haben nicht über Kopfschmerzen geklagt; einige von ihnen erwähnten, sie hätten am ersten Tage ein „steifes Genick“ gehabt; zu psychischen Fixierungen irgendwelcher Art ist es bei keinem von ihnen gekommen. Wir haben also diesbezüglich weit bessere Erfahrungen gemacht als z. B. *Wartenberg*, der die Befürchtung ausspricht, es könne gerade der „Kopfstich“ Anlaß zu psychischen Fixierungen geben. Kurz, wir waren selbst erstaunt, wie gut der Eingriff vertragen wurde. Auch bei den Fällen mit blutigem Liquor haben sich Nachwehen irgendwelcher Art nicht eingestellt.

Es scheint überhaupt, als werde die Gefährlichkeit der Zisternenpunktion im allgemeinen überschätzt. Unter gut zweitausend Zisternenpunktionen, über die in der Literatur bis jetzt berichtet ist, findet sich meines Wissens nur der einzige Todesfall, den *Nonne* angegeben hat. Schwere, bedrohliche Zwischenfälle, wie Atemstillstand, bedenkliche Blutungen, dürften kaum drei bis vier erwähnt worden sein.

Legt man sich nun die Frage vor, welche Stellung der Zisternenpunktion zurzeit zuzuteilen ist, so läßt sich etwa folgendes sagen: Genügende Übung und einwandfreie Technik vorausgesetzt, kann die

Zisternenpunktion keineswegs als gefährlich oder bedenklich angesprochen werden.

Sie ist in viel geringerem Maße als die Lumbalpunktion von Nachwehen gefolgt.

Die Zisternenpunktion wird, soweit dies wenigstens aus unserem Material hervorzugehen scheint, auch von Psychopathen gut vertragen und hat bisher zu psychischen Fixierungen nicht Veranlassung gegeben. Sie kann ambulant ausgeführt werden.

In all diesen Punkten ist die Zisternenpunktion unseres Erachtens der Lumbalpunktion überlegen, und selbst bei kritischer Abwägung der Verhältnisse müssen wir die Zisternenpunktion zum mindesten als Methode der Wahl gelten lassen.

Es ist weiterhin die Zisternenpunktion der Lumbalpunktion vorzuziehen in allen Fällen, in denen mit dem Bestehen eines raumbeengenden Prozesses in der Schädelhöhle zu rechnen ist. Bisher waren hierüber die Meinungen der Autoren völlig geteilt. Die einen hielten die Zisternenpunktion für ebenso gefährlich wie die Lumbalpunktion, die anderen waren der Meinung, daß die Zisternenpunktion gut vertragen würde. Die Entscheidung hierüber hängt ab vorwiegend von der Beantwortung der Frage, welchen Liquor man bei der Zisternenpunktion zuerst gewinnt, den aus dem Ventrikelsystem, den aus den übrigen Räumen der Schädelhöhle oder den aus dem Rückgratskanal. Wir nahmen in unserer Klinik Leichenversuche vor. Wir haben den Ventrikelliquor gefärbt und dann die Zisternenpunktion angeschlossen. Dabei hat sich ergeben, daß schon nach 1—2 ccm der gefärbte Ventrikelliquor in der Kanüle erschien. 20 ccm waren gefärbt, dann erschien wieder klarer Liquor. Ein weiterer Versuch, bei welchem die Zisternenpunktion nur gefärbten Liquor ergeben hat, zeigte in der daran angeschlossenen Lumbalpunktion ganz klaren Liquor. Wenn sich diese Versuche auch weiterhin bestätigen sollten, so könnte man folgendes als erwiesen betrachten:

Die Zisternenpunktion fördert vorwiegend Ventrikelliquor zutage; durch sie findet also eine Entlastung des Ventrikelsystems statt, ein Vorgang, der im gegebenen Falle geradezu als therapeutischer Eingriff anzusehen ist.

Eine einschlägige Arbeit (dort auch die Literatur): *Kroiß* und *Dielmann* „Über die Liquorgewinnung aus der Cisterna cerebellomedullaris durch Punktion“ ist in der Münchener medizin. Wochenschrift 1926, Nr. 30 erschienen.

Über Psychotherapie an Kollektiven von Neurotikern als besondere Methode.

Von

Prof. Dr. W. Guilarowsky,

Direktor der psych. Klinik der II. Universität in Moskau.

Das Prinzip des Überganges von der kurativen Medizin zu der prophylaktischen, welches jetzt in Rußland realisiert wird, führt zweifellos zu einer Hypertrophie der Aufmerksamkeit in einer gewissen Richtung, läßt aber einige Seiten im Schatten stehen, welche vom Standpunkte der Wirkung des Systems im ganzen von großer Bedeutung sind. Ganz bestimmt ist dies in Hinsicht der Bekämpfung der neuropsychischen Erkrankungen, und speziell der Behandlung der Psychoneurotiker der Fall. Wir ziehen hier nicht die Frage der Organisation neuer Anstalten in Betracht, sondern wollen unsere Aufmerksamkeit auf eine andere Seite wenden. Was die Neurotiker anbetrifft, so sind hier Reformen in der Verwertung der Arbeit und eine neue Gestaltung der Methoden der Arbeit in Zusammenhang mit den neuen Lebensverhältnissen und den Veränderungen in dem Bestande der Masse der Kranken nötig, und zwar im Verhältnis zu dem Kontingente der Kranken, welche vor der Revolutionszeit in Anstalten untergebracht waren.

Die Methoden der Behandlung der Neurotiker sind an einem anderen Kontingent von Kranken als dem, mit welchem wir nun zu tun haben, ausgearbeitet worden. Der Charakter dieser Behandlung wurde früher dadurch klar angedeutet, daß diese Patienten größtenteils in Privatsanatorien verweilten, oder Privatkranke einzelner Psychotherapeuten waren, nur in ihrem minderen Teil waren es Kranke öffentlicher Anstalten. Solche Arbeit wurde selbstverständlich zum größten Teil an Kranken der wohlhabenden Klassen durchgeführt; die Erkrankungen standen im Zusammenhang mit schweren, hereditär-degenerativen Momenten oder wurden von tief subjektiven Ursachen beeinflußt. Hierdurch — als unentbehrliche Folge — eine strenge Individualisation der Psychotherapie, welche nur die

Persönlichkeit des Patienten als etwas von der sozialen Umgebung Abgesondertes in Betracht nahm.

Der Unterschied in der Richtung einzelner Schulen bestand nur darin, daß man sich den Mechanismus der Entwicklung der pathologischen Vorgänge in der Psyche der Kranken anders vorstellte. Die verschiedenen Richtungen waren aber darin einig, daß alle Prozesse als nur durch persönliche Momente bedingt betrachtet wurden. Die Urteilsschwäche, deren Idee im Grunde der rationellen Psychotherapie von *Dubois* liegt, der Verlust des Gefühls des Realen von *Janet*, Minderwertigkeitsgefühl, welches nach *Adler* zu psychoneurotischen Bildungen führt, Sexualtrauma in der frühen Kindheit nach *Freud* — alles entspringt aus einer Konzeption gewisser Besonderheiten der Psyche oder verwertet die Einwirkung psychischer oder anderer Momente von rein individuellem Charakter als Grundursache der Erkrankung. Die oben erwähnten Autoren und auch andere haben harmonische und von einem gewissen Standpunkt aus vollendete Theorien über die Genese der oder jener Vorgänge und anerkannte Methoden zur Behandlung der Neurotiker geschaffen. Diese Theorien bieten recht viel zum Verständnis einzelner Vorgänge dar, und in Hinsicht auf die Kranken, an denen sie ausgearbeitet wurden, sind sie auch logisch begründet und praktisch anwendbar. Einige Psychotherapeuten fühlten aber in Hinsicht auf solche Kranke etwas außerhalb der Persönlichkeit des Kranken liegendes, weitergreifendes, als die individuellen Erlebnisse. *Déjerine* und *Gauckler* hatten die Bedeutung der sozialen Momente in Betracht gezogen; diese Autoren hatten eingesehen, daß die Resultate der Behandlung der Kranken in Heilanstalten bedeutend besser waren als bei privater Behandlung, hatten die Vermutung über die Möglichkeit einer wohltuenden Einwirkung der Kranken aufeinander ausgesprochen und fanden es wünschenswert, ein günstiges Milieu, in dem ein bedeutender Prozent Genesender anwesend ist, für die Kranken zu schaffen. *Marzinowski* [1]) hatte als besonders wichtiges Element des Systems eine große Bedeutung der Ausarbeitung gewisser Ideale bei den Kranken zugeschrieben, ein Gedanke, der stimulierend zu einer erhöhten Aktivität in der Arbeit der Selbstbemeisterung wirkt. Da das Erlangen eines Ideals schon an und für sich eine Aktivität vermutet, eine Aktivität, welche auf das Milieu und auf die anderen gerichtet ist, wird hier außerdem auch eine Verbindung der Person mit der Umgebung mit in den Kreis der Wirkung gezogen. Dadurch

[1]) „Nervosität u. Weltanschauung“ und „Im Kampf um gesunde Nerven“.



kommen wir auf den glücklichen Gedanken, obwohl dieser noch nicht deutlich genug ausgesprochen ist, über ein Ziel.

Wenn auch solche einzelnen Gedanken und sogar Versuche, sie praktisch anzuwenden, große Bedeutung hatten, verblieb es in Hinsicht auf den Kranken beim alten. Seit der Kriegs- und Revolutionszeit im Westen und in Rußland muß die Vergrößerung der Zahl der an Neurosen leidenden Kranken in Anspruch genommen werden. Da das Auftreten der Neurosen eng mit exogenen Momenten in Verbindung steht und als Reaktion auf Faktoren wie Nervenspannung, psychisches Trauma, Erschöpfung auf Grund von Infektionen auftritt, war eine solche Vermehrung der Erkrankungen unabwendbar.

Noch schärfer aber müssen die großen Veränderungen beachtet werden, welche im sozialen Bestand der Kranken stattgefunden haben, die sich zurzeit in Ambulatorien und Heilanstalten unter Aufsicht und Behandlung befinden. Wenn Kranke von der Kategorie, wie sie in früheren Jahren die Privatsanatorien und Heilanstalten überfüllten, auch jetzt noch in Ambulatorien getroffen werden können, sind solche in Anstalten des stationären Typus überhaupt verschwunden. Ihre Stelle haben Patienten aus breiten demokratischen Schichten eingenommen, Arbeiter verschiedener Professionen, welche immer in enger Verbindung mit einem Kollektiv stehen.

Das Kommissariat des Gesundheitswesens nahm die Vergrößerung der Zahl der Psychoneurotiker und die Veränderung des Bestandes der Kranken zum Anlaß, nicht wenig Kräfte auf die Bekämpfung der neuropsychischen Erkrankungen zu verwenden und ein ganzes System von Anstalten zu schaffen. Die Ärzte, welche in solchen Anstalten tätig sind, hatten die Möglichkeit, nur solche Waffen anzuwenden, welche sie schon früher besaßen, die aber zurzeit bei weitem nicht ausreichen. In Fällen einer schweren Erschöpfung des Nervensystems als Folge großer Überanstrengung in der Arbeit, bei denen vor allem Erholung und Nahrung („Le lit et le lait" von *Dejerine*), mit einem geringen Zusatz von suggestiver Therapie notwendig ist, wird der gewünschte Effekt bald erzielt und kann als dauerhaft bezeichnet werden. Viele Neurotiker leiden an tieferen Störungen, welche ernstere therapeutische Einwirkung verlangen. In einer Reihe von Anstalten sind erfahrene Spezialisten angestellt, welche in solchen Fällen die nötige Hilfe leisten. Außer der Behandlung der einzelnen Kranken nach verschiedenen Methoden wird der Beschaffung und Durchführung einer besonderen Ordnung große Aufmerksamkeit geschenkt, der Beteiligung der Kranken an systematischer Arbeit.

Bei einer großen Zahl von Kranken, welche die Anwendung zeitraubender, spezieller psychotherapeutischer Methoden verlangen, ist es selbstverständlich nicht möglich, Psychotherapie in ausgedehntem Maße anzuwenden und allen Kranken das zu leisten, was sie eigentlich nötig hätten. Von größter Bedeutung ist es aber, daß jeder Patient wie früher als eine allein dastehende Persönlichkeit ohne jegliche Verbindung mit der Umgebung betrachtet wird. Psychotherapie, welche in individuellen Unterhaltungen durchgeführt wird, stammt im Grunde aus den alten Prinzipien und stellt einen gewissen Kampf zwischen dem Patienten und dem Arzte vor, dessen Ausgang von zwei Größen abhängig ist: der Persönlichkeit des Arztes und der Persönlichkeit des Patienten. Wenn solche Wege in psychotherapeutischer Arbeit schon früher nicht als vollkommen geschätzt werden konnten, so können sie zurzeit ebenfalls nicht als rationell verwertet werden. In der Gegenwart stellt jeder Mensch das Glied eines Kollektives vor und ist mit diesem Kollektiv in verschiedenen Beziehungen verbunden. Da jeder Mensch in seinen neurotischen Reaktionen als ein kleiner Teil eines großen Ganzen auftritt, muß auch die Psychotherapie die Rolle des Milieus in Betracht ziehen, und dieses Milieu muß im Sinne der Angehörigkeit zu einer gewissen Klasse, Gewerkschaft, verstanden werden. Milieu ist die ganze Umgebung, in welcher der Mensch lebt und arbeitet. Unter solchen Umständen scheint es möglich, bei einem großen Teile die hauptsächlichen Voraussetzungen der Psychotherapie zu schaffen, nämlich dem Kranken ein Ziel zu geben, für welches es sich lohnt, eine Selbstbemeisterung auszuarbeiten. *Marzinowski* hatte darunter die Ausarbeitung eines Ideals gemeint, welches als Leitstern dem Neurotiker durch sein Leben strahlt. Wir aber sind der Meinung, daß nicht ein Ideal im eigentlichen Sinne des Wortes als ein etwas Entferntes, undeutliches, vielleicht gar Unerreichbares eine solche Rolle spielen kann, sondern es muß ein klar erfaßbares, bestimmtes Ziel sein. *Eliasberg* [1]) hebt in seinen Notizen über die Ziele der Psychotherapie ganz richtig die große Bedeutung des Charakters des Endziels in den Strebungen des Kranken zur Genesung hervor. Wenn dieses Ziel schwer erreichbar ist, werden die Kräfte gehemmt und der Wille zur Genesung erlischt. *A. B. Salkind* hat in seinem Vortrag in der III. Konferenz der Sowjetischen Union über die Fragen der Neurologie und Psychiatrie im Volkskommissariat für Gesundheitswesen die Notwendigkeit der Bildung stabiler Dominanten in der Persönlichkeit des Kranken beson-

[1]) Das Ziel in der Psychotheraphie. Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psych. Bd. 96, 1925.

ders betont. Es spielt in der Behandlung der Kranken eine große Rolle, dem Patienten das Gefühl beizubringen, daß er als aktives Mitglied in einem Kollektiv teilnimmt, in einem Kollektive, welches eine ernste verantwortliche Aufgabe vom Standpunkte der Interessen seines Landes erfüllt. Wir müßten alle Energie anwenden, um dieses Gefühl in den breiten Massen der Bevölkerung zu vertiefen, denn das wäre das beste prophylaktische Mittel gegen Ausbrüche von Nervosität. Eine Steigerung der Zahl der nervös Erkrankenden treffen wir ja in denjenigen Gruppen oder Klassen, welche mehr oder minder die Verbindung mit der Umgebung, mit dem Lebenslauf verloren haben. Die Steigerung der neuro-psychischen Erkrankungen unter den russischen Emigranten hatte den französischen Psychiatern die Möglichkeit geboten, besondere Formen von Psychosen zu beschreiben, wie psychoses de dépaysement, perte des contactes sociales.

Bei unserer Arbeit an Neurotikern fanden wir es für unbedingt nötig, die erquickende Wirkung des kollektiven Bewußtseins auszunutzen. Unsere Erfahrung läßt dies als möglich und in verschiedenen Richtungen ausnutzbar erscheinen. Erstens werden aus der ganzen Masse der Psychoneurotiker besondere Gruppen gebildet, welche nach ihren wesentlichen Krankheitsmerkmalen zusammengebracht werden können, um ein gemeinsames Prinzip der Behandlung zur Geltung zu bringen. Bei der Mannigfaltigkeit der psychoneurotischen Erscheinungsformen ist eine solche Gruppierung recht zweckmäßig. Jede einzelne Gruppe ist als besondere Einheit zu betrachten, und da jede Gruppe gewissermaßen gleichförmig ist, kann die psychotherapeutische Arbeit sozusagen en bloc vollzogen werden. Hierbei muß erstens für jede Gruppe eine besondere Ordnung eingestellt werden, bei der die Aufmerksamkeit der Kranken den ganzen Tag beschäftigt ist. Die gesunden Seiten werden hervorgehoben und alles Krankhafte wird, soweit es möglich ist, in den Hintergrund gerückt. Die Durchführung dieser Ordnung wird dadurch erleichtert, daß jede Gruppe einen besonderen Raum besitzt. Alle Gruppen im ganzen bilden die sogenannte psychoorthopädische Abteilung. Eine genauere Gruppierung der Kranken gibt die Möglichkeit, eine andere Seite der Psychotherapie zu entfalten, nämlich für das Milieu, in welchem sich die Kranken befinden, zu sorgen. Das Milieu verstehen wir hier in engem Sinne: wir meinen die Heilanstalt selbst.

Die Einstellung auf die Gesundheit, welche durch die psychotherapeutische Einwirkung des Arztes skizziert wird, kann durch schädliche Eindrücke oder durch Unterhaltungen mit anderen

Patienten über Krankheit paralysiert werden. Daher werden in den psychotherapeutischen Abteilungen solche Kranke untergebracht, welche vorläufig genau untersucht und beobachtet wurden und welche keine schroffe Äußerungen in Form großer emotioneller Haltlosigkeit oder Anfälle erzeugen, bewußt an eine Arbeit im Sinne der Selbstbemeisterung gehen und auch die Kräfte dafür besitzen.

Ganz unbedingt muß durch sorgfältiges Studium der Persönlichkeit des Kranken festgestellt werden, ob der Kranke ein reelles und mögliches Ziel haben kann oder ob ein solches für ihn eingestellt werden kann. Um so weit wie möglich die Atmosphäre der Gesundheit zu unterhalten und die krankhaften Seiten im Schatten zu behalten und auszurotten, ist die ganze Einrichtung der psychoorthopädischen Abteilung so geordnet, daß alles so wenig, als es nur möglich ist, an Krankheit erinnert. Es wird den Kranken im voraus gesagt, daß, obwohl ihnen alle mögliche Aufmerksamkeit geleistet werden wird, sie doch als Gesunde angesehen werden. Es werden keine Unterredungen über die Krankheit gehalten und keine Klagen angehört. Die Ärzte dieser Abteilung schenken den Kranken besondere Aufmerksamkeit, verbringen bedeutend viel Zeit in der Abteilung, verschieben aber alle Unterhaltungen über die Krankheit auf die Stunde, welche für individuelle psychotherapeutische Unterredungen bestimmt ist. In den anderen Stunden sind die Kranken mit Handarbeit, physischer Kultur, eurythmischer Gymnastik beschäftigt. Es werden gemeinsame Unterredungen gehalten, in welchen die Fragen der neuro-psychischen Gesundheit allseitig beleuchtet und besprochen werden und den Charakter einer kollektiven Psychotherapie tragen.

Außer solcher Beschäftigung, welche ein obligatorisches Programm für alle Kranken der psychoorthopädischen Abteilung bildet, sind besondere Stunden für speziell-individuelle Beschäftigungen bestimmt. Diese enthalten einerseits Maßnahmen, welche überhaupt als für Neurotiker günstig gehalten werden: zeitweiliges Ruhehalten (unbewegliche Lage) nach der Methode von *Hirschlaf*, Übungen, von *Oppenheim* für Kranke mit Zwangszuständen empfohlen; teilweise sind neue besondere Übungen und Beschäftigungen eingeführt, welche eine spezielle Bedeutung haben und Rücksicht auf die individuellen Besonderheiten des einzelnen gestatten. Diese Übungen haben immer ein und dasselbe Ziel, nämlich dem Kranken eine gewisse Gewohnheit einüben zu lassen, reflektorische Bewegungen auf verschiedene von außen kommende Anregungen zu hemmen. Die Hemmung einer Abwehrreaktion der Hand auf einen mechanischen Reiz der Haut, Hem-

mung der Reaktion auf schmerzhafte Reize — solches kann eine große Resistenz und Verminderung der Sensibilität gegen verschiedene exogene Reize bewirken.

Der ganze Tag des Kranken ist mit allen Arten von Beschäftigungen ausgefüllt, deren Ziel nicht nur die Abwendung der Aufmerksamkeit von Gedanken über die Krankheit ist, sondern auch ein frisches Gemüt, gute Laune zu schaffen sucht, alle gesunden Seiten der Persönlichkeit hervorhebt und selbstverständlich, Selbstbemeisterung einzuüben sucht. Da die Arbeit eine neue Erziehung, eine gewisse Orthopädie der Psyche verlangt, ist es unbedingt nötig, die Ideologie des Kranken zu ändern, seine Weltanschauung, den Blickpunkt auf seine Umgebung umzubauen, alles Krankhafte zu unterdrücken und an dessen Stelle gesunde Begriffe und Vorstellungen zu pflanzen. In Hinsicht darauf müssen solche Vorstellungen in das Bewußtsein des Kranken eingeführt werden, welche den Willen zur Genesung und die Lebensaktivität verstärken. Von großer Bedeutung ist die Lektüre schöner Literatur, aus welcher die Kranken Lebensfreude und Arbeitslust schöpfen können. Es werden dem Kranken Gedichte zugänglich gemacht, welche nach demselben Prinzip gewählt werden; eine schöne poetische Form erleichtert die Annahme der in ihr vorgeführten Gestalten und der sie durchdringenden Stimmungen, so daß das Kunstwerk in seinem Ganzen gute Wirkung ausübt. Diese Methode wird schon längere Zeit in unserer Klinik gepflegt, die Kranken haben solchen Gedichten den Namen „Ermunterer" gegeben. Es ist möglich, daß außer dem Inhalt auch der Rhythmus der poetischen Form eine gewisse Bedeutung hat, denn die wohltuende Einwirkung der eurythmischen Gymnastik auf viele Psychoneurotiker unterliegt keinem Zweifel.

Durch die eben erwähnten Momente wird eine Ordnung eingestellt, welche nicht nur die Möglichkeit einer schädlichen Beeinflussung abwehrt, sondern eine mächtige Triebfeder in der psychoorthopädischen Arbeit vorstellt. Große Bedeutung sehen wir darin, daß das ganze Kollektiv der Kranken zu einer aktiven und bewußten Arbeit in der Durchführung der Ordnung aufgefordert wird.

Die Frage der Suggestibilität der Massen wird in Psychologie und Psychopathologie hervorgehoben, im einzelnen die Frage über die Verstärkung der Suggestibilität des Individuums, wenn es sich in einer Volksmenge befindet und als Mitglied eines Kollektivs auftritt. Mit dieser Erscheinung wird die Verbreitung psychischer Epidemien in Zusammenhang gebracht: haltlose affektive Bewegungen, Panik, Zorn-

ausbrüche, Tobsucht. In der Psychiatrie kommen wir immer wieder auf die negative Wirkung der Suggestion der Kranken untereinander: daß die Kranken oft den anderen Kranken mehr Glauben schenken, ist bekannt. Der Kampf zwischen dem Patienten und dem Arzte, welcher schon oben erwähnt wurde als etwas der Psychotherapie Angehörendes, besonders in der früheren Konzeption, findet in Anstalten in weitem Maßstabe statt: es geschieht in gewissem Sinne eine Scheidung in zwei Parteien — „die weißen und grauen Kleider", nach dem Ausdruck einer unserer Kranken, welche diesen Gegensatz meinte. Diese erhöhte Suggestibilität, welche immer im Leben eines Kollektivs einhergeht, kann und muß zugunsten der Psychotherapie ausgenutzt werden. Damit eine Idee, welche der Psychotherapeut dem Kranken einprägen will, von dem Kranken aufgenommen wird, damit sie nach dem Ausdruck von *Bodouin*, dem Vertreter der neuen Nancyer Schule, der der Autosuggestion die größte Rolle zuschreibt, akzeptiert wird, muß sie nicht als etwas Fremdartiges vorgetragen und muß von dem Kranken mit voller Bereitheit und vollem Vertrauen aufgenommen werden. Ist die Psyche des Kranken durch die Stimmung der psychoorthopädischen Abteilung selbst schon zur Aufnahme einer Suggestion vorbereitet, so haben die Gedanken, welche von Ärzten ausgehend, von Kranken ausgesprochen werden, besonders viel Chancen, in die Psyche des Kranken als sein Eigen, worauf er selbst durch eigene Überlegungen gekommen ist, einzudringen. In solchem Falle hat die Idee eine große Aktivitätskraft und kann eine große Einwirkung auf das Denken und Handeln der Persönlichkeit ausüben. Der suggestive Affekt wird noch dadurch verstärkt, daß einartige Suggestionen im Kollektiv von verschiedenen Seiten eintreffen. Wenn die Kranken bewußt solche Arbeit anstimmen und sie mit dem Arzte zusammen vollziehen, hat solche Arbeit etwas Ähnliches mit einer Autopsychotherapie, wobei die Solidarität, welche in einem Kollektiv von Neurotikern stattfindet, zu gegenseitigen Unterstützungen und zu einer permanenten Wirkung der Suggestion auf sich selbst und auf andere führt. Bei günstigen Verhältnissen muß Rücksicht auf die verstärkte Einwirkung der Suggestion genommen werden, weil sie von einem Kranken ausgehend zu ihm in einer klareren und besser ausgeprägten Form wiederkehrt. Als Resultat entsteht eine ständige gegenseitige Induktion, welche desto stärker ist, desto günstiger der Bestand des Kollektivs ist und desto wirksamer die von den Ärzten ausgehenden Stimulierungen. In Hinsicht auf das ganze Kollektiv kann hier die Rede von Autoinduktion, Autopsychotherapie sein.

Bei Bewertung der Auto-Induktionsvorgänge muß noch folgende wichtige Eigenschaft des Kollektivs mit in Betracht gezogen werden: In jedem Kollektiv befinden sich immer Stärkere und Schwächere. Diese letzteren haben immer noch Schwächere neben sich, gegen welche sie die Stärkeren sind. Wenn die Mitglieder eines Kollektivs eng miteinander verbunden sind, so unterstützen sie sich untereinander durch die Solidarität. Diese Unterstützung ist besonders in Hinsicht auf die Schwächeren ausgeprägt. Wenn man es als eine allgemeine Erscheinung betrachten kann, daß der Schwächere immer mehr Kräfte findet, wenn er sich als Verteidiger und Stütze des Schwachen fühlt, so ist das besonders richtig in Hinsicht auf den Neurotiker. Das Gefühl der Minderwertigkeit, welches eine der Erscheinungen ist, welche im Grunde neurotischer Störungen liegen, gewinnt in solchem Falle im Gefühl gewisse unerwartete Kräfte zu besitzen, welche ihm die Möglichkeit geben, anderen Hilfe zu leisten, ein Gegengewicht. Eine Besserung, welche dem Patienten selbst noch unklar ist, aber von seinem Kameraden schon bemerkt wird, kann auch in den Umständen eines Kollektivs einen viel größeren therapeutischen Effekt erzielen, als wenn diese Besserung vom Arzte konstatiert wird. Ein Wetteifer wirkt stimulierend als ein die Induktionskraft des Kollektivs verstärkendes Moment.

Die Donskaja Neuro-Psychiatrische Heilanstalt, welche im Jahre 1920 eröffnet wurde und zur Behandlung der Psychoneurotiker bestimmt war, mußte in ihrer Entwicklung verschiedene Etappen durchmachen, welche durch einen besonderen Standpunkt in der Betrachtung der Krankenbehandlung gekennzeichnet werden konnten. Eine Symbiose mit der Klinik der II. Staatsuniversität, welche eine bedeutende Quantität ärztlicher Kräfte leistete, erbot die Möglichkeit, von den ersten Schritten an in breiten Massen individuelle Psychotherapie zu treiben. Die psychiatrische Ordnung, wenn auch von der Ordnung der anderen psychiatrischen Heilanstalten verschieden, erweist sich für einen gewissen Teil der Kranken als günstig, nämlich für reaktive Zustände, hysterische Reaktionen, Initialformen organischer Erkrankungen. Für alle Neurotiker aber sind die Umstände nicht die günstigsten. Der klinische Standpunkt im Studieren der Krankheitsprozesse und die Möglichkeit, die Behandlung des Kranken zu individualisieren, sind durchaus positive Seiten. Aber das psychiatrische Milieu, soweit schwerere Fälle vorkommen, mußte öfters eine schädliche Wirkung ausüben. Daher wurde die nächste Etappe dadurch gebildet, daß die Kranken so eingeteilt wurden, daß sie mehr

Einheit darstellten, indem diejenigen ausgeschaltet wurden, welche auf die anderen traumatisierend wirken mußten. Die Gedanken über die Gestaltung einer zweckmäßigen Ordnung, welche einen günstigen Bestand der Kranken inbegreift, brachten uns zu der Unentbehrlichkeit einer strengen Differenzierung bei der Aufnahme der Kranken. Eine große Zahl Psychoneurotiker, welche eine sehr individuelle Therapie verlangten, war sogar für die gemeinsamen ärztlichen Kräfte der Donskaja Heilanstalt und der Klinik zu hoch; daher das Streben zu einer größeren Differenzierung bei der Aufnahme der Kranken und die Bildung besonderer Kollektive von Kranken, welche vom Standpunkte der Ordnung und der psychotherapeutischen Behandlung als etwas Ganzes betrachtet werden konnten. Als Resultat mußte sozusagen eine Massenindividualisation entstehen, deren Möglichkeit und Unentbehrlichkeit in bezug auf Volkssanatorien Prof. *I. H. Schultz* in seiner Arbeit über die Psychotherapie erwähnt. Solcher Standpunkt eröffnet die Möglichkeit, eine viel größere Menge der Kranken in den Kreis der Behandlung zu nehmen.

Mehr oder weniger Einheit in dem Bestand des Kollektivs der Psychoneurotiker, eine durchschnittlich bewußte Berücksichtigung der Einstellung, sich selbst als Mitglied eines Kollektivs zu rechnen, führt selbstverständlich dazu, außer dem Prinzip der kollektiven Individualisation auch das Prinzip einer aktiven Beteiligung aller Mitglieder des Kollektivs in der psychoorthopädischen Arbeit zu betonen.

In der Ausarbeitung dieses Systems, welches mit großem Erfolg gegenwärtig in der Donskaja Heilanstalt durchgeführt wird, waren die Ärzte der Heilanstalt *B. R. Gurwitsch*, *N. D. Schreider* und *D. S. Oserezkowskij* tätig, welche die Resultate ihrer Arbeit ausführlich mitteilen werden.

Eine invalidisierende Stimmungsanomalie [1].
(Psychopathia tristo-morosa.)

Von

Carl Jörgensen.

Die Kenntnis der Affektivität
ist die wichtigste Grundlage der
Psychopathologie. *Bleuler*.

Die hier mitzuteilende Krankengeschichte handelt von einer Frau, die seit über 20 Jahren an einer Geistesstörung gelitten hat, die sie während der ganzen Zeit gänzlich invalid gemacht hat, weshalb sie denn auch seit 1907 dem Versorgungswesen zur Last gelegen hat.

Zwischen dem ganz leichten Gemütsleiden der Patientin und ihrer vollständigen Invalidität besteht ein eigentümlicher Gegensatz, und dies ist der Anlaß, warum ihre Krankengeschichte hier mitgeteilt wird.

In ihrer ganzen psychischen Krankengeschichte sucht man vergeblich nach schwereren Symptomen; niemals traten Halluzinationen, Wahnvorstellungen noch stuporöse Zustände auf; ihre Intelligenz ist normal; auch in ihrem somatischen Zustande gibt es keine invalidisierenden Momente von Bedeutung; und trotzdem wird der, der ihre Krankengeschichte liest, sicher zugeben, daß die zahlreichen ärztlichen Zeugnisse, die sie im Laufe der Zeit, betreffend Arbeitsunfähigkeit und Invalidität, bekommen hat, berechtigt sind. Es sind nämlich nicht etwa ihre kleinen Symptome, einzeln genommen, welche ihren Zustand so ungünstig machen, sondern die Kombination derselben, ihr Zusammenspiel.

Die Pat. (I. Q.) ist am 16. 5. 1884 von schwedischen Eltern in Kopenhagen geboren. Der Vater, der Feilenhauer war, soll gesund gewesen sein; die Mutter dagegen etwas schwermütig; sie starb, als Pat. 9 Jahre alt war. Man weiß nichts von Geisteskrankheit bei den Großeltern oder in den Seitenlinien. Pat. ist Nr. 2 von fünf Kindern; Nr. 3 ist ihr Zwillings-

---

[1] Mitteilung von „Almindelig Hospital“, Kopenhagen. Chefarzt: Dr. med. *Frederik Vogelius*.

bruder. Die drei anderen Geschwister sind gesund und haben gesunde Kinder, nur der Zwillingsbruder beging infolge des leichtsinnigen Lebens seiner Frau mit 31 Jahren Selbstmord.

Zwischen ihrem 4. und 8. Jahre wohnte die Pat. zwei kürzere Zeitspannen in Schweden, wo der Vater damals Arbeit hatte. Sonst hat sie stets hier im Lande gewohnt, obgleich sie hier nie Bürgerrecht erworben hat. — Sie soll in der Schule flink gewesen sein, mußte aber schon als Kind nicht wenig arbeiten und meint, schon damals etwas überanstrengt worden zu sein.

Nach der Konfirmation kam sie in Dienst und hatte es ganz gut; mit 17 Jahren verlobte sie sich mit einen Handwerker von gesundem und vergnügtem Temperament. Allein zwei Jahre danach mußte derselbe berufshalber nach dem Auslande verreisen, und sofort fing sie an, sich sehr zu grämen. Sie geriet schnell in eine schwere Depression, die ihre Aufnahme in das Frederiksberg Spital nach sich zog, wo sie von Januar bis August 1905 in der Nervenabteilung lag.

Die Diagnose war Depressio mentis; man beschreibt sie als etwas kindlich, unentwickelt, ängstlich, mißtrauisch. — Kurz nach der Entlassung beging sie aber einen Selbstmordversuch und wurde infolgedessen am 18. 8. 1905 wieder aufgenommen. Die Diagnose war ungefähr dieselbe, „juvenile Depression mit Periodizität und hysterischer Färbung“, doch mit einer schwachen Möglichkeit dafür, daß es sich um eine Dementia praecox handeln könnte. Man schlug nun vor, sie im Oringe Spital (für Geisteskranke) unterzubringen, aber hier griff der Vater ein und nahm sie nach Hause.

Nach kaum 5 Monaten fand die Einweisung in das Oringer Spital doch statt, und hier lag sie 2½ Jahre unter der Diagnose hysterische Psychose. Während dieser Zeit ertrank ihr Verlobter auf einer Reise; auch der Vater war inzwischen gestorben und das Heim aufgelöst; die Eltern ihres Bräutigams nahmen sie nun zu sich und bei ihnen blieb sie 1½ Jahre, obgleich stets als Patientin; das Versorgungswesen ließ sie durch den Gemeindearzt behandeln. Da sie den Schwiegereltern später zu große Mühe verursachte, wurde sie am 14. 5. 1909 unter der Diagnose Morbus mentalis in das Almindelig Hospital verbracht.

Während die Aufklärungen über die früheren Jahre etwas mangelhaft waren, ist ihr Zustand — von Prof. *Nicolaj Holm* — am 23. 11. 09 recht ausführlich beschrieben worden:

„Die Pat. sitzt in der Regel still, spricht sehr wenig, handelt nur auf Aufforderung, beschäftigt sich fast niemals. Sie bewegt sich im Freien, indem sie sich an der Mauer vorwärts tastet. Sie ist überhaupt eine sehr schwierige und querköpfige Patientin. Sie scheint sich immer über das, was man ihr sagt, im klaren zu sein, und sie erklärte, als man ihr schonend von einer geplanten Überfahrt nach Schweden, um in einem dortigen Krankenhaus zu genesen, Mitteilung machte, sie wisse sehr gut, daß man sie „an das schwedische Armenwesen“ schicken wollte. — Appetit, Stuhl und Schlaf gut. Sie ist sauber. Bekommt keine Medizin. Ist am meisten psychischer Behandlung bedürftig. Diagnose: Hysterie Dementia?“

Aus humanen Gründen wurde die Heimbeförderung nach Schweden aufgegeben; die Pat. blieb im Alm. Hospital; 1912 versuchte man, sie

nach dem St. Hans Hospital (für Geisteskranke) zu bringen; allein die Schwiegereltern waren ganz entschieden dagegen; sie nahmen sie wieder zu sich in Pflege, und zwar vom Oktober 1912 bis zum Oktober 1913. Sie hatte wiederholt Störungen beim Gehen und der Gemeindevorsteher verschaffte ihr deshalb ein Paar Krücken.

Danach wohnte sie 1½ Jahr bei einer Schwester hier in der Stadt; sie war damals laut ärztlichem Zeugnis (vom 16. 9. 14) zu jeder Arbeit unfähig, „sie kann nicht einmal bei der Hausarbeit Hilfe leisten oder das Aufräumen für sich selber besorgen; liegt oft den ganzen Tag zu Bett. Die Diagnose: Morbus mentalis". Ein paar Monate später schreibt der Kreisvorsteher über sie: „Sie ist oft bettlägerig, bewegt sich mit großer Mühe und ist völlig arbeitsunfähig. Es ist sehr schwierig, mit ihr umzugehen, und die Schwester, bei der sie nun 1½ Jahr gewohnt hat, kann nicht länger, auch nicht gegen erhöhte Bezahlung, die große Mühe auf sich nehmen. Die Pat. hat sonst niemand, bei dem sie Obdach finden könnte."

Sie wurde dann auf Kosten der Gemeinde in einem Heim Bethseida für kränklichen Frauen untergebracht; das ging zwei Jahre hindurch, dann aber verlangte die Vorsteherin ihre Entfernung infolge „schlechten Benehmens im Heime", und als die Gemeinde das erstemal den Wunsch nicht berücksichtigte, stellte die Vorsteherin einen neuen Antrag, in dem es ausführlicher heißt: „Meiner Ansicht nach kann die Betreffende wohl an leichterer Arbeit teilnehmen, da es ihr nun bedeutend besser geht als bei ihrer Ankunft im Heime."

Während des Aufenthalts in diesem Pflegeheim hatte die Pat. übrigens einen kurzen Aufenthalt im Frederiksberg Spital wegen einer hysterischen Paraparese; in bezug auf ihren psychischen Zustand beschreibt man sie als „indolent, aber eigentlich nicht deprimiert. Sie ist eine quälende und mühsame Patientin". — Die Parese wurde im Laufe von 4 Wochen unter rein psychischer Behandlung (bewußte Vernachlässigung) geheilt.

Vom Pflegeheim wurde die Pat. im Februar 1917 ins Almindelig Hospital überführt, und hier ist sie seitdem gewesen, abgesehen von kürzeren Aufenthalten in der psychiatrischen Abteilung des Kommune-Hospital, wenn ihre Unruhe oder Querköpfigkeit sich dermaßen steigerte, daß es notwendig wurde, sie vom A. H. — das ein gemischtes Spital für medizinische und Nervenkranke ist — zu entfernen.

Das Almindelig Hospital besteht aus einer „Hausgenossenabteilung" für die leichteren und einer „Krankenabteilung" für die schwereren Kranken, und unsere Pat. hat meistens in der ersten gelebt, war also den ganzen Tag hindurch auf, mit Erlaubnis, in der Stadt Besuche zu machen; die Patienten hier machen selber ihre Betten in Ordnung und ziehen sich selber an usw., dürfen bei der Hausarbeit helfen, wovon die Pat. doch nur in geringem Grade Gebrauch machte. Wenn sie infolge interkurrenter Krankheiten das Bett hüten mußte oder wenn zu große Streitigkeiten mit den anderen „Hausgenossen" es erwünscht machten, brachte man sie in die Krankenabteilung. Hier lag sie also während der vergangenen Jahre siebenmal, von welchen ich selber Gelegenheit gehabt habe, fünf Perioden zu beobachten; sie dauerten durchschnittlich 5 Monate. In diesen 5 × 5 Monate habe ich also selber Gelegenheit gehabt zu erforschen,

was eigentlich hinter der Invalidität dieser „quälenden“, „mühsamen“, „querköpfigen“ und „indolenten“ Patientin, mit der keiner umzugehen vermag, stecken möchte.

Bevor ich zur Hauptsache, dem Geisteszustande der Pat., übergehe, werde ich ganz kurz berichten, was sie überhaupt an somatischen Symptomen dargeboten hat.

Sie hat als Kind Scharlach ohne Komplikationen gehabt; sonst weiß man nichts über Infektionskrankheiten. — Menses seit etwa dem 16. Jahre, stets regelmäßig; niemals Partus. — Genitalaffektionen lagen nie vor; W.-R. negativ. — Lumbalpunktat zeigte (18. 1. 24) normale Verhältnisse. (Leichte artifizielle Bluteinmischung, Pandy ÷, Albumin 10 Bisgaard.). — Hglbin 75 Sahli.

Die Pat. hat eine gewisse Neigung zu Erkältungen mit katarrhalischen Halsentzündungen und leichter Bronchitis. Die Respirationsorgane sind aber ohne chronische Veränderungen; Röntgenogramm zeigte (am 5. 8. 1925) normale Lungenzeichnung. — Der Puls hat sich zwar immer als sehr labil gezeigt, steigend bis 120—128 bei ganz leichten Temperaturerhebungen; auch kleine Thyreoidindosen bringen ihn stark in die Höhe. — Das Herz hat bei der Röntgenuntersuchung eine ganz geringe Verbreitung gezeigt; die Herztöne jedoch sind rein, P 2 nicht akzentuiert. Ödeme sind nicht vorhanden gewesen, die Urinsekretion ist normal, und der Urin hat bei den zahlreichen Urinuntersuchungen nie Albuminreaktion gezeigt. Blutdruck 1. 114, 2. 120 (R—R).

Die Pat. klagte dann und wann über Drücken nach dem Essen, auch gab es manchmal leichtes Erbrechen; dies sind aber sicher alles „nervöse“ Störungen; eine Ewald-Probemahlzeit von ¾ Stunde zeigte gute Chymefikation, Kongo 15, Lakmus 40. Eine Bourgets Pr. m., nach 9 Std. aufgeholt, zeigte keine Retention. Während einer einzigen Periode gab es Obstipation, aber die Pat. braucht sonst selten Laxantia und ißt im allgemeinen Vollkost.

Endlich hat die Pat. einen posttraumatischen Keratokonus auf dem linken Auge, wo eine Neigung zu rezidivierenden bullösen Keratiten vorhanden gewesen ist.

Von Konstitution ist die Pat. von mittlerer Höhe, ein wenig vierschrötig gebaut, ein wenig stark. Gewicht 60—64 (70) kg. Die Behaarung normal; die Haut normal, das subkutane Gewebe und das Muskelgewebe doch ein wenig locker und wabbelig. Gl. thyreoidea normal. Rachenreflex fehlt.

Die Extremitäten zeigen einen leichten Tremor manuum, wogegen kein Tremor linguae vorliegt. Keine Spur von Paresen, weder funktionellen noch organischen, sind hier im Spital beobachtet. Die Sehnen- und Periostreflexe sind normal, wie auch die Plantarreflexe.

Alles in allem ist die Pat. in somatischer Hinsicht etwas minderwertig: ihre leichte Obesitas, ihr herabgesetzter Turgor, die Neigung zu katarrhalischen Affektionen, die leichte Herzvergrößerung und der labile Puls, alle diese Kleinigkeiten machen, daß sie nicht zu den Allergesundesten gerechnet werden kann; andererseits ist in ihrem somatischen Zustande nichts, das sie an der Ausführung gewöhnlicher, leichterer Frauenarbeit hindern könnte.

Unter den Symptomen der Pat. waren stets eine Reihe von den Beschwerden, die man gewöhnlich als neurasthenische bezeichnet. Vor allem Kopfschmerzen, die ganz launisch auftreten, wie ein Druck oben im Kopf, im Nacken und in der Stirn, dann und wann mit typischer Klavusempfindung. Die Kopfschmerzen können Tage dauern oder mehrere Wochen hindurch, dann aber können Monate vergehen, wo man nichts von ihnen hört. Von anderen Sensationen erwähnt die Pat. Schmerzen und Müdigkeit im Rücken, Prickeln in den Füßen. Ferner ist sie etwas von Schlaflosigkeit geplagt gewesen, welche z. T. als Nachwirkung der Gemütsbewegungen auftrat, an denen ihr Dasein ja so reich gewesen ist, teils rührt sie auch von einer Hyperakusis her, die oft stark hervortritt. Diese Schlaflosigkeit war stets sehr schwierig zu behandeln, weil die Pat. sich selbst nach leichten Hypnotika wie Bromiden sehr müde und schlapp fühlte.

Endlich ihre Müdigkeit, die unter all ihren subjektiven Symptomen die dominierendste war; sie fühlt sich „völlig kraftlos", „unendlich schlapp", „wie von Müdigkeit geschlagen", um einige ihrer eigenen Ausdrücke anzuführen; und doch ist diese Müdigkeit im allgemeinen von einem Gefühl innerer Unruhe, innerer Irritation, und von ständigem Bedürfnis nach derjenigen Ruhe, die sie nirgends finden kann, begleitet.

Diese Müdigkeit muß man sicher mit dem Affektleben der Pat. in Verbindung setzen, und sie als ein Zeichen der Empfänglichkeit für depressive Verstimmungen auffassen, die einen so wesentlichen Teil ihrer psychischen Eigentümlichkeit ausmacht.

Die oben gegebene kurze Aufzeichnung des Lebenslaufs der Pat. gibt ja einen überwiegenden Eindruck ihrer Ungezogenheit, ihrer Unarten und ihres anspruchvollen Wesens allen denen gegenüber, mit denen sie in Berührung kommt. Hinter alledem liegt aber eine Neigung zu depressiven Verstimmungen, die man nicht ohne weiteres übersehen darf. Die Pat. ist in der Tat ein weichmütiger Charakter, äußerst empfindlich für alles, was betrüben, verstimmen, beängstigen könnte; auch liegt in ihrer Gefühlsveranlagung ein guter Teil von Schamhaftigkeit, Scheu, von einer gewissen Schüchternheit. Und all diese affektiven Empfindungen üben einen starken Einfluß auf sie aus, sie „lähmen" sie, „schlagen sie total nieder"; ihre Wirkung auf sie ist auch von ziemlicher Dauer, so daß sie sich erst spät und mit Mühe nach ihnen erholt. Ich muß daran erinnern, daß ihre Krankengeschichte mit Trauer und Leid darüber anfing, daß ihr Bräutigam, den sie immer noch mit Liebe erwähnt, nach dem Auslande verreisen mußte; das bedeutet selbstverständlich nicht, daß sie der Invalidität entgangen wäre, falls sie von diesem Unglück verschont worden wäre; das glaube ich keineswegs; ihre Krankheit hätte in diesem Falle nur einen anderen Ausgangspunkt bekommen.

Periodenweise hat sie viel geweint, ja Wochen und Monate hindurch. Und sie hat mehrere Male Selbstmordversuche gemacht; es mag sein, daß sie es damit nicht immer ganz ernst gemeint hat, immerhin hat sie doch von einem derselben eine Narbe über der Art. rad. sin. — Ihr Drang, sich für sich zu halten, ist ja auch charakteristisch für Menschen, die leicht verwundbar sind und darunter leiden. „Ich kann Menschen gar nicht vertragen", sagt sie eines Tages während der Visite, „ich möchte

entlassen werden, mir in der Stadt ein Zimmer mieten und ganz allein wohnen!" Und obgleich die völlige Isolierung für einen Menschen, der in so hohem Grade wie sie auf die Hilfe und Arbeit anderer angewiesen ist, ja eine Utopie ist, so zeigt diese Äußerung doch deutlich ihre Isolationstendenz. Sie ist Vorwürfen gegenüber äußerst empfindlich. Eines Tages ist sie nach dem Besuch ihrer Schwester ganz unglücklich, weil diese ihr vorgeworfen hat, daß „sie ewig dort im Bette liegen bliebe. Sie möge sich lieber zusammen nehmen und schauen, daß sie aufkomme." Dies Krankenlager war nun ausdrücklich vom Arzte verordnet und die Pat. hätte also leicht die Schwester mit einem Hinweis hierauf abfertigen können. Dies jedoch ist ihr nicht möglich; die Bemerkung drückt sie, und die Verstimmung lastet wie ein Albdruck, den sie nicht abschütteln kann, auf ihr. Wenn die Pflegerinnen, wie es vorgekommen ist, mit ähnlichen Bemerkungen darüber, daß sie sich schon etwas mehr zusammennehmen könne, gekommen sind, ist sie auch sofort ganz niedergeschlagen, für den ganzen Tag gestört. — Eine ihrer Überführungen in die Krankenabteilung erfolgte, weil ihre Mitkranken sich darüber beschwerten, daß sie während des Schlafes schnarchte, und dieser Vorwurf wirkte so stark auf sie, daß sie sich fast nicht traut, sich schlafen zu legen.

Ihre Reizbarkeit ist so groß, daß sie entschieden auf ein pathologisches Element in ihrem Gefühlsleben deutet. An einem Tage, wo sie ganz verschlossen war und sich weigerte, aufzustehen, war der Grund der, daß der Arzt bei der Abendvisite am Tage vorher ihren Namen mit einer besonderen Betonung genannt haben sollte. „Die Art und Weise, wie er ihn nannte, habe ihr geradezu einen Chok gegeben!" — und der betreffende Arzt hatte keine Ahnung, daß er in einem anderen Ton gesprochen haben soll als in seinem gewöhnlichen, den sie sehr gut vertrug. Ein anderes Mal klappt sie zusammen, weil der Arzt sie bei seinem Besuche übersehen hat. Und so war sie immer. Die Krankenpflegerinnen, die sie während dieser Jahre gepflegt haben, haben sie trotz aller Mühe und allem Takt fortwährend verletzt.

Eine derartige Reizbarkeit ist ja innerhalb der Psychosen wohl bekannt und kennzeichnet die depressiven Stimmungen. Wir werden sofort die Diagnose der Pat. erörtern, nur möchte ich schon hier die Bemerkung einschieben, daß sie bei unserer Pat. sicherlich als ein Zeichen einer Konstitutionsanomalie innerhalb des Gefühlslebens aufgefaßt werden muß; ihre Überempfindlichkeit für depressive Momente war besonders ausgeprägt während der prämenstruellen Perioden, war im übrigen aber ein ganz konstantes Phänomen.

Der zweite Hauptzug der Psyche der Pat. ist ihre große Neigung zu Zornreaktionen. Wenn für sie irgend etwas ungünstig ausgefallen ist, reagiert sie hierauf mit Zorn, Anklagen, Schimpfwörtern, oft in sehr heftigen Wendungen oder mit Handlungen, die ihre Empörung zeigen sollen. In dieser Weise setzt sie sich einmal über das andere, dort wo sie jeweilig ist, über die Hausordnung hinweg; sie handelt genau gegen die ärztlichen Verordnungen, ja sie hat sowohl den Funktionär als Mitpatienten zerkratzt, gebissen und geschlagen. Bekommt sie eine Einspritzung, die ihr nicht paßt, beschuldigt sie den Arzt, er wolle sie vergiften, und sie liegt und arbeitet daran, das injizierte wieder herauszupressen. Einmal

nach dem andern erzählt sie, es sei einfach die verordnete Medizin, die ihre Gesundheit untergrabe. Ein anderes Mal datiert sie ihre Krankheit von einer Lumbalpunktion, die man an ihr ausgeführt hat. Als ihre bullöse Keratitis einmal aufloderte und man ihr ohne den Ophthalmolog des Krankenhauses herbeizurufen eine der gewöhnlichen Atropineinträufelungen gab, war sie nicht nur darüber deprimiert, sondern bediente sich der heftigsten Worte über den behandelnden Arzt und nannte sich „eine Märtyrerin der Unwissenheit und der Brutalität des Arztes".

Will sie ihre Medizin nicht haben, spuckt sie sie wieder heraus; ist ihr etwas in die Quere gekommen, bleibt sie den Tag über im Bett liegen oder bleibt von der Liegehalle aus. Es kann vorkommen, daß sie vom Spital fortläuft, wenn man es still und friedlich versucht, über die Überführung zur Krankenabteilung mit ihr zu sprechen; sie ist auch mehrere Tage hindurch in der Stadt geblieben, wenn sie Erlaubnis gehabt hat, einen Tag auszugehen.

Wie schon gesagt, findet ihr Zorn meistens in Worten seinen Ablauf; zahlreiche Beschuldigungen der Boshaftigkeit, Saumseligkeit usw. hat sie im Laufe der Zeit gegen die Pflegerinnen gerichtet. Hier und da aber hat sie auch zu gewalttätigen Repressalien gegriffen. Einmal wurde sie ganz desparat, weil man sie als letzte aus dem Garten heraufgeholt hatte. Sie müsse als die erste heraufgetragen werden! Sie vertrage es nicht anders! Sie schlug ganz wild mit dem Bettzeug um sich und biß einen Träger in die Hand. — Ein anderes Mal zerschlug sie eine Flasche am Kopfe einer Mitpatientin, die sie angeblich geneckt haben sollte. — Überhaupt hat sie stets mit den anderen Patienten Streitigkeiten gehabt; es ist manchmal fürchterlich gewesen zu sehen, wie sie durch ihren unaufhaltsamen Strom von Beschwerden, Beschuldigungen und Beschimpfungen eine Mitpatientin zur Verzweiflung hat bringen können.

Über den näheren Charakter der Zornaffekte der Pat. ist im Grunde nichts zu bemerken; das Wesentlichste ist, daß sie so leicht verursacht werden und so freien Lauf bekommen. Von eigentlich manischen Zuständen ist niemals die Rede gewesen; ihr Zorn ist aufs genaueste an ihre Erlebnisse geknüpft und gegen ihre Umgebungen gerichtet. Auch hier stehen wir zweifellos Äußerungen ihrer psychischen Konstitution an sich gegenüber.

Über das Vorgelegte hinaus sind bei der Pat. im Spital keine psychopathologischen Züge gefunden worden. Sie hat nie halluziniert, hat nie schizophrene Züge gezeigt, und eigentliche Wahnvorstellungen lagen nicht vor. Denn wenn sie gleich auch hundertmal davon gesprochen hat, daß bald der und bald die gegen sie böse gewesen sei und sie verfolgt habe, so bestand doch keine Neigung dazu, diese Verfolgungsgedanken zu fixieren oder sie zu systematisieren; die jeweilige Situation und die augenblickliche Laune bringen ihr diese Vorstellungen bei oder legen ihr vielleicht eher diese Worte in den Mund; der Verfolgungsgedanke ist aber nie in ihrem Vorstellungskreise wirklich heimisch gewesen.

Die Symptome der Pat. sind also, psychiatrisch gesehen, ganz minimal, und man käme vielleicht in die Versuchung, sie als Nullitäten abzuweisen und zu sagen, daß die Pat. gar nicht in die Pathologie

gehöre, falls die Tatsache nicht vorläge, daß ihre Abweichungen von der Norm, ihre tatsächlichen Reaktionsarten, sie zu einer Invalidität geführt hätten, die nun seit zwanzig Jahren besteht und die zu beheben wir gar keine Aussichten haben.

In der Tat geben uns jedoch die genannten psychischen Züge schon eine genügende Erklärung ihrer Invalidität. Ihre überentwickelte Reizbarkeit bringt es mit sich, daß sie sich in den gewöhnlich vorkommenden Situationen des Lebens viel zahlreichere und tiefere Läsionen holt als die normalen Menschen. Ihre Zornreaktionen aber lassen sie auf diese Läsionen „übertrieben" reagieren, wodurch sie in vielen Fällen nur noch gewaltigere Läsionen auslöst. Ihre Reizbarkeit verursacht, daß sie nur einen Bruchteil von dem verträgt, was gewöhnliche Menschen vertragen; ihre Zornreaktionen aber machen, daß sie eine vervielfachte Summe von Läsionen heraufbeschwört. Durch diese Konstitution muß sie notwendigerweise invalid werden; sie selber kann nicht unter Menschen sein, und die Menschen ihrerseits können sie nicht im freien Leben unter sich haben.

Haben wir somit in der affektiven Konstitution der Pat. eine genügende Erklärung ihrer Invalidität, müssen wir doch auch um der Differentialdiagnose wegen ihre intellektuelle Ausrüstung kurz erwähnen.

Ihre Intelligenz muß als normal bezeichnet werden; zwar gehört sie nicht zu den Hochbegabten, aber nach dem gewöhnlichen psychiatrischen Maßstab ist sie nicht debil. Als Kind ist sie in der Schule flink gewesen; sie liest, rechnet und schreibt gut; folgendes Schreiben, welches sie während ihres Aufenthalts auf Bethseida dem Magistrat sandte, zeigt, sowohl was die Form als den Inhalt betrifft, ihre recht gute intellektuelle Begabung.

„Frederiksberg, den 26. Januar 1917.

Ich bin so frei, mich an den geehrten Vorstand zu wenden, da ich verschiedene Bekleidungsgegenstände sehr nötig hätte, z. B. ist mir das Schuhzeug gänzlich ausgegangen; ich habe nämlich seit den letzten 1 ½ Jahren nichts Neues *) bekommen noch Reparationen. Ich habe mich wiederholt aus diesem Anlaß an Frl. Hansen gewandt, aber ohne Resultat, und deshalb wird dies geschrieben. Und soweit ich Frl. Hansen verstanden habe, beabsichtigt man, mich bald von hier zu entfernen, leider aber habe ich darüber nichts gehört, wo ich hinkommen soll oder kann, was mich sehr unruhig und nervös macht, und selber kann ich ja diesbezüglich nichts (machen), sondern hoffe ich auf einen Aufenthaltsort, wo ich von meiner Krankheit genesen könnte *) und ungern möchte ich diese Stadt verlassen.

In der Hoffnung und der Erwartung, daß mein Ersuchen um Hilfe gütig aufgefaßt werden möchte, bin ich (mit) großer

Achtung und Ergebenheit
(Name)
(Adresse)."

Das Schreiben ist auf liniiertem Papier, aber die Linien desselben sind auch schön gehalten. Es hat einen großen geraden Rand, die Schrift ist ganz ebenmäßig. Es kommen in dem Stück nur zwei kleine orthographische Fehler vor, die hier mit *) gemerkt sind; zwei Male ist ein Wort aus dem Zusammenhang herausgefallen, aber sie sind dann über der Linie geschrieben und durch kleine Einfügungszeichen in derselben angebracht; hier stehen sie in ( ).

Von einem Schwachsinn im gewöhnlichen Sinne des Wortes ist also bei unserer Pat. keine Rede. Auch nicht die *Kraepelin*sche „Zerfahrenheit des Denkens" hat sie bei uns gezeigt. Höchstens kann von einem gewissen Unverstand die Rede sein, der ja auch unter Menschen auftritt, die im freien Leben ausgezeichnet gedeihen. Sie erinnert etwas an jenes unverständige Wesen, welches der dänische Dichter *Kaalund* in seiner Fabel von der Bärenjagd hat schildern wollen, die ich mir erlaube, hier aufzufrischen.

In dieser wird dem Bärenjäger empfohlen, in den Wald zu gehen und dort einen Stamm, in dem wilde Bienen hausen, aufzusuchen; dort soll er ein Seil mit einem Stein an einen hohen Ast binden, und zwar so, daß der Stein vor dem Loch des Bienenkorbs hin und her baumelt. Wenn dann der Bär auf den Baum geklettert ist und den Stein vor dem Loche sieht, wird er ihm einen Stoß geben, den er aber gerade auf die Schnauze wieder zurückbekommen wird. Er stutzt, niest, wird zornig, versetzt ihm einen ordentlichen Hieb, bekommt ihn auf der Stirn zurück, daß vor seinen Augen Funken tanzen. Da er sich jedoch nie den Kopf mit der Theorie der Schwere zerbrochen, sondern sich auf sein eigenes natürliches Genie verlassen hat, sträuben sich seine Haare, und der Kampf fängt nun im Ernst an. Allein ein jeder Schlag wird ihm mit Zinsen bezahlt; er schlägt sich selber zu Tode und fällt vom Baume herunter — zu dem wartenden Bärenjäger.

Die Fabel handelt, wie *Kaalund* selber schreibt, sowohl von Bären, die auf vieren wie von denjenigen, die auf zweien gehen, und sie wendet sich offenbar an diejenigen Charaktere, die von einer ähnlichen verhängnisvollen Struktur sind wie unsere Pat. Und *Kaalund* kann ja sehr wohl derartige Typen in der gewöhnlichen Menschenwelt gesehen haben, wenngleich auch nicht in so monströser Form wie bei unserer Pat. Namentlich kann er doch, als Vorsteher einer Strafanstalt, unter den Gefangenen solche Typen gefunden haben; wie unsere Pat. eine Flasche am Kopf einer Mitpatientin zerschlagen konnte, so mögen es

wohl in manchen Fällen reine Zufälligkeiten sein, die dafür entscheidend werden, ob dieser Menschentypus im Versorgungs- oder im Gefängniswesen landet.

Wir können aber, nach den nun geltenden Anschauungen über das normale Maß der Intelligenz, unsere Pat. nicht als imbezill bezeichnen. Und die Möglichkeit, daß ihre Invalidität einer Psychose zuzuschreiben wäre, können wir wohl schnell ausschließen. Wenn es auch bei ihr Züge gibt, welche an die chronische Depression erinnern können, muß es betont werden, daß sie während der Zeit, wo wir sie gesehen, nie Gedankenhemmung gezeigt hat. Außerdem sind ja chronische Depressionen von so langer Dauer wie die hier vorliegende äußerst selten. *Dreyfus* [1]) hat zwar gezeigt, daß viele protrahierte Melancholien sich über zehn Jahre hinausziehen können; bei unserer Pat. aber sollte es sich um 25 Jahre handeln. Nach *Paul Abélys* [2]) Material sollen besonders die deliranten Formen der Melancholie chronisch werden können; unsere Pat. aber hat, soweit man weiß, nicht deliriert. Daß das Leiden der Pat. mit einer (psychogenen) Depression angefangen hat, muß als Tatsache feststehen, diese aber hat kaum lange angehalten. Jedenfalls schreibt derselbe Psychiater, der 1905 ihre Depression diagnostizierte, 1916 über sie, daß sie diesmal „indolent, aber nicht eigentlich deprimiert" sei. Nach der Drepession hat sie, wenn ich so sagen darf, vergessen, sich zu erholen; sie ist in die gekränkte, aufsässige Stimmung gefallen, welche ihr nun einmal ihrer psychischen Konstitution nach zum natürlichen Gleichgewichtszustand geworden ist.

Daß man 1905 als schwache Möglichkeit mit einer Dem. praecox gerechnet hat, ist wohl nur aus natürlicher Vorsicht gegenüber Depressionen bei jungen Menschen zu erklären. Der ganze spätere Verlauf schließt dies Leiden aus; nicht nur fehlt es durch zwanzig Jahre ganz an den eigentlichen schizophrenen Zügen, aber auch die „Zerfahrenheit" der Dementia simplex vermissen wir. Übrigens möchte ich vor der allzu ausgiebigen Anwendung der Dementia simplex-Diagnose warnen, wenn Merkmale eines wirklichen psychotischen Prozesses fortbleiben. Gibt es doch wahrscheinlich seelische Konstitutionsanomalien, die sich erst, wenn der Mensch nach der Pubertät im freien Leben auf eigenen Füßen zu stehen beginnt, kundgeben, ebenso wie eine Luxatio coxae congenita sich erst bei den Gehversuchen des Kindes entschleiert.

---

[1]) *Dreyfus*, Die Melancholie. Jena 1907.
[2]) *Paul Abely*, Les terminaisons de la mélancholie. Paris 1923.

Angesichts unserer Pat. möchte ich nur hinzufügen, daß derselbe Psychiater (Prof. *D. Jacobson*), der 1905 eine Dementia praecox erwägt, die Pat. 1916 wieder sieht und die Diagnose fallen läßt. Endlich, daß ich den Charakter der Pt., falls sie nach *Kretschmer* rubriziert werden soll, eher zu den Cyclothymen als zu den Schizoiden rechnen möchte. Mit alledem muß die Diagnose Dem. praecox doch sicher fallen.

Die Diagnose Querulantenverrücktheit können wir wohl schon aus dem Grunde beiseite lassen, daß die Pat. ja gar nicht verrückt ist. Sie ist zwar querulierend, ja, sie verdient im hohen Grade die Bezeichnung einer Querulantin; der typische Ausgangspunkt für die Q.-Verrücktheit, eine Kränkung, ist aber nicht da, auch die Systematisierung fehlt, kurzum, sie ist nicht verrückt. Aus demselben Grunde fällt sie nicht unter das Krankheitsbild, welches *Kretschmer* als „sensitiven Beziehungswahn" bezeichnet hat; im übrigen fehlt in ihrem Charakter auch die strenge, persönliche Ethik, welche die Basis dieser Psychosen bildet.

Was die Möglichkeit einer hysterischen Psychose angeht, so hat die Pat. zwar einmal eine ausgesprochene funktionelle Paraparese gehabt, auch ist ihr Leiden während des Aufenthaltes auf dem Oringer Spital als eine hysterische Psychose diagnostiziert worden. Die Pat. ist also Hysterikerin, d. h. sie hat eine deutliche Veranlagung für die Erzeugung hysterischer Phänomene. Und vielleicht könnten wir uns auch damit zufrieden geben, ihr Leiden als hysterische Psychose zu diagnostizieren, wenn es nicht darauf ankäme, zu begreifen, warum sie gegen jede Behandlung so refraktär ist, und wie sie von einer so leichten hysterischen Psychose wie die hier vorliegende so hoffnungslos invalid werden kann. Eine hysterische Konstitution ist ja an sich ebenso unschuldig wie jedwede andere Konstitution; erst wenn die hysterischen Phänomene, also die funktionellen Störungen somatischer oder psychischer Funktionen hinzukommen, ist der Träger dieser Konstitution Patient.

Betrachten wir die hysterischen Symptome der Pat. während der letzten 8 Jahre, so sind sie ganz geringfügig. Störungen beim Gehen lagen seit ihrer Kur im Frederiksberg Spital 1916 nicht vor. Wir haben feststellen können, daß sie etwas suggestibel ist, indem wir einmal eine ausgeprägte Hyperalgesie in einer im voraus ausgemachten Zone im 1. Hypochondrium hervorriefen. Aber außerdem hat sie nur ein bißchen Ovarie und Clavusempfindung gezeigt, sonst aber nichts, was unbestreitbar als hysterisch bezeichnet werden muß; niemals Dämmerzustände oder Delirien. Übrig bleibt ihre unumgängliche Gemütsart,

und es fragt sich, ob die Diagnose dadurch geklärt wird, daß wir sie als hysterische Geisteskrankheit bezeichnen. Alles wird davon abhängen, wie weit oder wie eng man den Begriff der Hysterie nimmt.

Der Wissenschaft ist doch hier sicher am besten damit gedient, wenn man sich wie *Colin* [1]) u. a. bemüht, den Hysteriebegriff möglichst rein zu halten und diejenigen Fälle, die nicht mit wirklicher Befugnis darunter fallen, ausscheidet, selbst wenn man dadurch mehrere unklare Fälle bekommen sollte. Dies ist um so mehr begründet, als ja doch in unserer Zeit darüber eine gewisse Einigkeit erlangt ist, daß das hysterische Grundphänomen die Neigung latenter Vorstellungen zur Erzeugung von Fernsymptomen funktioneller Natur ist (*Janet*, *Ziehen*, *Freud*, *Hurst*), wie man sich auch sonst den Mechanismus bei dem Entstehen dieser Störungen vorstellen mag. Wenn man aber zu erwägen hat, ob ein Leiden hysterisch ist oder nicht, darf man dies hysterische Grundphänomen auch nicht außer Sicht lassen.

Unter diesem Gesichtswinkel gesehen liegt nichts Treffendes darin, das Leiden unserer Pat. als einen hysterischen Zustand zu bezeichnen. Und die Bereitwilligkeit, mit der sie all ihrer Mißstimmung Ausdruck gibt, ist jedenfalls ganz das Gegenteil von der Versenkung in das „Unbewußte", das den Ausgangspunkt der hysterischen Phänomene bildet.

Somit werden wir gezwungen, unsere Aufmerksamkeit auf ihre Konstitution zu richten. In dieser Hinsicht kann man sie ja ohne Bedenken in die Gruppe „Degeneratio psychopathica" einreihen. Immerhin sind es ja höchst heterogene Zustände und Defekte, die unter diesem Begriff gesammelt werden. Eine nähere Bestimmung ist auch deshalb notwendig, weil ja bei weitem die wenigsten Degenerierten von ihrer Konstitution invalid werden. Doch sucht man die Pat. vergebens unter den bisheriegn Kategorien von Degeneraten einzureihen. Selbst *Kraepelins* [2]) letztes Schema, mit seinen 14 verschiedenen Formen von psychopathischer Konstitution, läßt uns hier im Stich. Oder man könnte unsere Pat. sowohl unter die Rubriken c, d, e als auch unter i bringen, da sie sowohl erregbar, haltlos, willensschwach als auch streitbar ist. Die Skepsis, welche verschiedene Schriftsteller, wie *Wimmer*, *Ziehen* [3]) u. a. betreffend die Möglichkeit der Einteilung der Psychopathen in verschiedene Gruppen geäußert haben, ist zweifellos berechtigt. Von den in der Literatur beschriebe-

[1]) *Colin* in *Ballets* Traité de path. mentale. 1903.
[2]) Allg. Zschr. f. Psych. 1921 (S. 627).
[3]) *Th. Ziehen*, Geisteskrankheiten. II. Aufl. 1926.

nen Typen scheint die von *Dupré*[1]) beschriebene „emotive Konstitution" die zu sein, die sich am besten mit unserem Falle deckt. Es handelt sich hier um unharmonische Individuen, die sowohl durch eine allgemeine Hyperexzitabilität innerhalb des sensitiven Lebens als auch durch eine Insuffizienz des niederen und höheren motorischen Systems gekennzeichnet sind. Die Indolenz und Faulheit, die wiederholt im Journal unserer Pat. erwähnt wird, ihr träges und schlappes Wesen, ihre erethische, ängstliche, weinerliche und zornige Gemütsart passen ganz gut zu *Duprés* Charakteristik. Um jedoch die Invalidität zu verstehen, müssen wir vor allem festhalten, was oben von der Gefühlsveranlagung der Pat. gesagt wurde. Eine emotive Konstitution allein hätte sie kaum so invalid gemacht, wie sie ist. Hätte hinter derselben ein freudereiches Gemüt gesteckt, wären ihre Zornaffekte geringer gewesen, dann hätte sie wohl trotz ihrer Gebrechlichkeit im Leben einen Platz gefunden, wo sie als Mensch tätig gewesen wäre, und man hätte mit ihr als Mensch gerechnet, sie hätte Kameraden und Freunde gefunden. Auf diese affektive Konstitution müssen wir das Hauptgewicht legen; selbst bei gesunden psychomotorischen Anlagen werden Gefühlsveranlagungen wie bei unserer Pat., glaube ich, ein Individuum aus der freien Gesellschaft herausdrängen können. Es ist theoretisch vorauszusehen, daß eine zunehmende Steigerung der Reizbarkeit eines Menschen, bei gleichzeitiger Zunahme seiner Zornveranlagung, früher oder später zu dem Punkte führen wird, wo der Betreffende nicht imstande ist, in freiem Verkehr unter anderen Menschen zu leben, so wie die anderen auch nicht imstande sind, ihn unter sich zu dulden. Was Menschen der reizbarzornigen Konstitution vor der Invalidität retten kann, ist nur eine Intelligenz, eine verstehende Fähigkeit und ein Nachdenken, welche weit über die gewöhnlichen Intelligenzproben hinausgehen, die man in den psychiatrischen Abteilungen und in den Schulen verwendet.

Unsere Hauptdiagnose muß also das Eigenartige in der emotionellen Konstitution der Pat. im Auge haben, demnach könnte man wohl passend den Fall eine Psychopathia tristo-morosa nennen[2]).

---

[1]) Paris médical. Oct. 1911.

[2]) Die ganze Analyse schließt sich eng an die Betrachtung der Struktur des Gefühlslebens, welche ich früher geltend gemacht habe. *Siehe* Fölelseslivets Grundelementer (Die Grundelemente des Gefühlslebens). Köbenhavn 1920. — Vgl. auch: Studier over Temperamenterne (Studien über die Temperamente). Ibid. 1921. Kap. II.

Tuberkulose und Psychosen.

Von

A. Brandenberg-Essen.

Bei der Betrachtung einer Krankheit — sei sie somatischer oder psychischer Art — drängt sich in erster Linie die Frage mit auf: Welches sind die Ursachen und die auslösenden Momente? Denn von der richtigen Erfassung dieser beiden Komponenten ist der therapeutische Erfolg hauptsächlich abhängig. Unter den mannigfachen Ursachen für psychische Störungen nehmen nun die Infektionskrankheiten eine bestimmte Stellung ein, und unter ihnen besonders Lues, Scharlach, Typhus u. a. m. Da liegt es denn nahe, auch die Tuberkulose — vor allem wegen ihrer großen Verbreitung — unter dem ätiologischen Gesichtspunkte für Psychosen zu betrachten. Es erhebt sich dabei weiterhin die Frage, ob die Tuberkulose das Zentralnervensystem durch seine Infektions- oder Intoxikationsstoffe schädigt, oder ob sie vielleicht solche innersekretorische Drüsen schädigt, die für die Entwicklung und auch für die weitere normale Funktion des Gehirns bedeutungsvoll sind, und dadurch dann eine vorübergehende oder dauernde Änderung der Psyche herbeiführt. Die Betrachtung erstreckt sich dabei sowohl auf die geringen gemütlichen Veränderungen als auch auf die ausgesprochenen Psychosen. Was die ersteren anbelangt, so muß man dabei kritisch im Auge behalten, wie der Charakter und die Lebensauffassung des Erkrankten in seinen gesunden Tagen war. Denn wenn er schon hier zum Beispiel zu einer verneinenden Auffassung des Lebens neigte, so wird ein über ihn hereinbrechendes Mißgeschick — in diesem Falle die Krankheit — ihn nur noch in seiner Ansicht bestärken oder diese überhaupt erst zutagetreten lassen. Es wäre verfehlt, in einem solchen Falle die Krankheit als unbedingt eindeutiges, kausales Moment für die vorhandene Gemütsstimmung verantwortlich zu machen.

Von jeher konnte man nun die Beobachtung machen, daß sich bei einem Teil der tuberkulös Erkrankten im Laufe der Zeit eine

Änderung in ihrer gemütlichen Verfassung bemerkbar machte, die sich bei vielen darin äußerte, daß bei ihnen ein Optimismus über die Schwere ihrer Erkrankung vorherrschte, der in einem krassen Gegensatz zu ihrer tatsächlichen Lage stand, ein Geisteszustand, den man doch wohl als krankhaft bezeichnen muß. So sieht man Kranke, die trotz eines ausgesprochenen Befundes, hohen Fiebers, starker Abmagerung und anderer Symptome ihrem Berufe, ja sogar Vergnügungen nachgehen, da sie glauben, nicht ernstlich krank zu sein. *Kraepelin* schreibt darüber, „daß eine unbegreifliche Zuversichtlichkeit und Unternehmungslust oft die seelische Veränderung der Tuberkulösen kennzeichnet.“ *Voss* läßt sich dahin aus — nachdem er zuvor das zuweilen krankhaft gesteigerte Mißtrauen der Tuberkulösen erwähnt hat —, „daß in einem gewissen Gegensatz dazu ihre bekanntlich sehr verbreitete, unberechtigt optimistische, leichtsinnige Lebensauffassung steht.“ Er will diese aus der krankhaft bedingten Urteilsschwäche erklärt wissen. *Ziehen* erwähnt diese gemütliche Veränderung mit dem Hinweis, „daß man oft bei Tuberkulösen eine Neigung zu optimistischer Auffassung ihres Leidens — Euphorie der Tuberkulösen — beobachtet.“ Und bei *Bumke* lesen wir, daß bei Phthisikern seit langem eine besondere — etwas leichtsinnig gefärbte Form— von Euphorie aufgefallen ist, die oft in grellem Gegensatz zu dem tatsächlichen körperlichen Befinden des Kranken steht, und für die eine Erklärung heute wohl noch nicht möglich ist.“

Schlägt so das Pendel der Gemütslage bei vielen Tuberkulösen nach der positiven Seite aus, so findet man bei anderen die negative Seite ausschlaggebend. Das ist der größte Pessimismus, der sich häufig mit einem starken Mißtrauen verbindet und sich besonders dem Arzt, aber auch vor allem den nächsten Angehörigen gegenüber zeigt.

Wenn man nach weiteren Veränderungen der gemütlichen Verfassung tuberkulös Erkrankter forscht, so sieht man bei manchen Reizbarkeit und ausgesprochenen Egoismus vorherrschen. *Voss* erwähnt diese Eigenschaft als „leichtere psychische Veränderungen, die sich in Stimmungslabilität, erhöhter Reizbarkeit und unzufriedenem, quängelndem Egoismus äußern.“ Und *Kraepelin* weist darauf hin, „daß Reizbarkeit, Niedergeschlagenheit, Empfindlichkeit, dann wieder ausgeprägte Selbstsucht Züge sind, welche die seelische Veränderung bei Tuberkulösen kennzeichnen.“ *Bonhoeffer* schreibt darüber, „daß außerordentliche Reizbarkeit, Überempfindlichkeit und emotionelle Schwäche im Spätstadium der Tuberkulose häufig sind.“

Erwähnt wird weiterhin die Veränderung im Sinne eines ausgesprochenen Egoismus.

Man will ferner bei einer Reihe tuberkulös Erkrankter eine Steigerung der sexuellen Erregbarkeit wahrgenommen haben und hält sie für geneigt zu geschlechtlichen Exzessen und zum Eingehen einer leichtfertigen Heirat. Doch besteht hierüber wohl auch noch keine volle Einigkeit. Vor allem ist der Zusammenhang zwischen Tuberkulose und gesteigertem sexuellen Triebe nicht restlos geklärt. *Voss* schreibt davon, „daß die Akten über die angebliche Steigerung der sexuellen Appetenz der Tuberkulösen noch nicht geschlossen sind.“ *Kraepelin* spricht von einer „ausgeprägten geschlechtlichen Erregung in diesem Zusammenhang“.

Die Zusammenfassung der bisher erwähnten Veränderungen der gemütlichen Verfassung tuberkulös Erkrankter könnte man wohl mit der Bezeichnung „tuberkulöser Charakter“ belegen. Man muß dabei jedoch im Auge behalten, daß gerade im Hinblick auf den Charakter die Grenzen nicht scharf umschrieben, sondern die Übergänge von normal zu pathologisch fließend sind.

Die weitere Betrachtung soll uns nun zeigen, welche Rolle die Tuberkulose in der Ätiologie der eigentlichen Psychosen einnimmt. Auch hier gehen die Meinungen auseinander; gemeinschaftlich ist dabei wohl nur die Ansicht, daß zwischen Tuberkulose und Psychosen ein gewisser Zusammenhang besteht. Auf der einen Seite wird die Ansicht vertreten, daß die Tuberkulose ein unbedingtes kausales Moment für Psychosen darstellt, während man auf der anderen Seite eben nur den oben erwähnten Zusammenhang zugibt. Die Wirkung der Tuberkulose wird dabei in verschiedenem Sinne aufgefaßt. Sie beginnt mit der sie begleitenden Fieber- und Erschöpfungswirkung, geht über zu der Einwirkung der Toxine und wird schließlich als schädigend auf das innersekretorische System und auf diesem Umwege eben auch auf das Gehirn und seine Funktionen aufgefaßt.

Kraepelin will der Tuberkulose nur eine auffallend geringe Bedeutung für die Entstehung von Geistesstörungen zukommen lassen, obgleich, wie er schreibt, „wir hier neben der Giftwirkung des Krankheitserregers diejenige der Mischinfektion, äußerste Entkräftung, ferner langsam dauernde Fieberbewegungen in Anschlag zu bringen haben, die ein schweres Siechtum mit sich bringt.“ Nachdem er dann die oben erwähnten leichteren Veränderungen der Stimmung und der Willensleistungen erwähnt hat, spricht er davon, „daß hier und da delirante Erregungszustände mit Verwirrtheit, lebhaften Sinnestäu-

schungen und Verfolgungs- und Größenideen zur Beobachtung kommen, die wir wohl als Infektionsdelirien auffassen können.“ In ähnlicher Weise spricht sich *Ziehen* darüber aus, wenn er sagt, „daß es bei Tuberkulösen in seltenen Fällen zu ausgesprochenen Psychosen kommt, und zwar zu Melancholien oder halluzinatorischen Erregungszuständen („Begleitdelirien“) im Sinne der sogenannten Erschöpfungs- oder Inanitionsdelirien.“ *Voss* dagegen faßt die bei Tuberkulose beobachteten psychischen Störungen als „Folgen der Allgemeinerkrankung auf, die wahrscheinlich in das Gebiet der durch Stoffwechselstörungen (Kachexie? Toxine?) hervorgerufenen Psychosen gehören.“ Nach ihm verlaufen diese unter dem Bilde akuter Erregungs- und Verwirrtheitszustände. Nach *Bonhoeffers* Auffassung „tragen die eigentlichen Psychosen meist einen amentiaartigen Charakter. Es finden sich auch halluzinoseartige Erkrankungen und einfache Delirien.“ Sehr zurückhaltend und kritisch läßt sich *Bumke* über die Frage aus. So schreibt er in einem Kapitel über Infektionspsychosen, „daß schwere Infektionskrankheiten psychische Störungen erzeugen können, ist eine bekannte und an sich unbestrittene Tatsache. Je später eine Psychose auf eine Infektion folgt, und je mehr sie sich von dem Bilde eines Fieberdelirs oder des *Korsakow*schen Syndroms entfernt, um so mehr muß an Störungen gedacht werden, die entweder durch die Infektion erst indirekt ausgelöst oder aber überhaupt rein zufällig gerade jetzt akut geworden sind.“

Die Gesamtheit der bisher angeführten Momente wie Fieber, Toxinschädigung u. A. als schädigendes Agens nimmt auch *Bleuler* als mögliche Ursache für Geisteskrankheiten an, wenn er schreibt, „daß bei Infektionen eine unbegrenzte Zahl von Einflüssen die Hirntätigkeit stören kann,“ und dann die erwähnten Möglichkeiten dafür in Erwägung zieht. Weiterhin kommt er dann auf die einzelnen Psychosen als solche zu sprechen, die sich im Verlauf von Infektionskrankheiten finden, und er berichtet dabei von „Halluzinationen, Wahnideen, stärkeren ängstlichen oder depressiven Verstimmungen.“ Bei der Erwähnung der Ursachen für Geisteskrankheiten findet man die Angabe, „daß Infektionskrankheiten (wie Hirnlues, Paralyse, Lyssa) das Gehirn in seinem anatomischen Bestand verändern oder durch Vergiftung auf dessen Funktion wirken können („Fieberpsychosen“, die Formen des „Delirium acutum“). Infektionskrankheiten können außer den Fieberpsychosen wahrscheinlich schizophrene Schübe auslösen.“ Speziell über die Schizophrenie schreibt er, „daß zurzeit die toxischen Theorien beliebter seien als die Annahme einer

besonderen Hirndisposition. Die Theorien teilen sich ein in autotoxische und infektiöse. Die einzige Stütze für die erstere Annahme bilden die Versuche *Bergers*, der im Blut von Katatonikern eine auf die motorischen Rindenzentren des Hundes wirkende Substanz fand, die bei anderen Krankheiten, inklusive halluzinatorischer Verwirrtheit, fehlte.“ Weiterhin schreibt er, „daß die Thyreoidea mehrfach angeschuldigt sei, das schizophrene Gift zu liefern oder es nicht zu neutralisieren.“ Für ihn spricht aber die Unwirksamkeit von Thyreoidin und das unterschiedslose Vorkommen der Krankheit in Kropfgegenden wie an der Meeresküste mit Entschiedenheit dagegen.

Einen Anhaltspunkt für die toxische Theorie der Pathogenese von Geisteskrankheiten finden wir in einer Arbeit von *V. M. Buscaino.* Er hat bei einer großen Anzahl von Normalen und Geisteskranken Urinuntersuchungen vorgenommen und dabei die sog. „Schwarzharnreaktion“ gefunden. Er ließ kleine Mengen Urin mit der halben oder gleichen Menge 5proz. Silbernitratlösung kochen und fand dabei normalerweise weiße, rote oder graue Niederschläge. In pathologischen Fällen sind die Niederschläge anormal gefärbt bzw. schwarz. Diese Reaktion soll positiv ausfallen bei Infektionskrankheiten, bei der Dementia praecox und bei Amentia, negativ dagegen bei Normalen und reinen Manischen und Melancholischen; daraus schließt er nun, daß die Psychosen mit positiver Reaktion der Ausdruck toxischer Läsionen des Nervensystems sind. Diese sollen durch das Vorhandensein anormaler Amine im Blut hervorgerufen werden. Den Übergang zur infektiösen Theorie bildet nach *Bleuler* die Ansicht *Dides*, der irgendeine Infektion, z. B. die so häufige tuberkulöse annimmt und der von ihm bei Katatonie und Hebephrenie häufig gefundenen Leberverfettung die ungenügende Entgiftung zuschreibt.

Mehr allgemein gehalten sind die Auslassungen *Stranskys*, der schreibt, „daß vor allem Infektionskrankheiten aller Art es sind, die teils durch direkte bakterielle Toxinwirkung, teils durch indirekte Wirkung (Fieber) die Psyche, zumal jene Disponierter, aber in schweren Fällen auch die scheinbar normal veranlagter Individuen schädigen und schwere in der Regel akute Psychosen erzeugen können.“ — Einen weiteren Beitrag zu unserem Thema gibt uns ein Referat von *H. W. Mayer* (Burghölzli-Zürich), in welchem er mitteilt, „daß genauer bekannt nur akute Psychosen sind, die als Infektions-, Inanitions- oder Erschöpfungsdelirien meist mit dem Tode enden.“ Und in einem Referat von *F. Stern*-Göttingen über eine Arbeit von *Charpentier* — Troubles psychiques et Tuberculose — finden wir den Hinweis, „daß

der Verfasser der Arbeit in vier Fällen, die sämtlich Matrosen waren, einen inneren Zusammenhang zwischen Tuberkulose und psychischen Störungen glaubt konstatieren zu können." Nach einer Schilderung der einzelnen Fälle und nachdem der Verf. die traumatogene Wirkung psychischer Momente wie Krieg, Disziplin usw. ausgeschlossen hat, zeigt er, „daß alle Fälle Zeichen von Lungentuberkulose hatten und die psychischen Störungen sich mit dem Fortschreiten der Tuberkulose verschlimmerten." Daraus glaubt er nun schließen zu können, daß die Tuberkulose die Ursache bzw. den auslösenden Faktor der psychischen Störungen bildet. Er glaubt weiterhin zwei Typen unterscheiden zu können, und zwar den „erregten, egoistischen, böswilligen und den gefälligen, gutherzigen, ruhigen". Wir finden weiter in einem Referat, das *O. Albrecht* (Wien) über die Arbeit von *Duse*: — Tuberculosi et psicosi — gehalten hat, den Hinweis auf zwei Fälle, welche die Bedeutung der Tuberkulose in der Ätiologie und Pathogenese der Psychosen zeigen sollen. Der Verf. findet nach Bericht über seine beiden Fälle, „daß ein enger Zusammenhang zwischen der Tuberkulose und den Erscheinungen der Amentia halluzinatoria besteht, welche, in chronischen Verlauf übergehend, den Charakter der Dementia praecox annehmen könne".

Einen besonderen Betrachtungsstandpunkt nimmt *Erich Stern* (Davos) ein in seiner Arbeit: Beitrag zur Psychologie des Lungenkranken. Er schreibt darin, „daß für die Art und Weise, wie ein Individuum auf die ihm mitgeteilte Diagnose „Lungentuberkulose" reagiert, weniger äußere Faktoren maßgebend sind als psychische Konstitution, Temperament und Charakter. Nach Aufzählung einer Reihe von Reaktionstypen, wie hypochondrischer, hoffnungsvoller Typ, Typ der hysterischen, der aggravierenden, der resignierenden Reaktion, kommt er zu dem Schluß, daß es sich bei den psychischen Veränderungen, die sich im Verlauf einer Tuberkulose zeigen, sehr viel weniger um spezifisch-organische oder toxische Wirkung der Tuberkulose als um rein psychische Reaktionen auf die Mitteilung der Diagnose „Lungentuberkulose" handelt.

Während wir bei den bisherigen Betrachtungen über die Schädigungen der Psyche durch die Tuberkulose die Wirkung der Infektionskrankheit im allgemeinen, sei es durch Fieber, Intoxikation des peripheren bzw. zentralen Nervensystems u. a. im Vordergrund stehen sahen, führt uns die weitere Besprechung der Materie in ein Gebiet, das zwar schon des öfteren Erwähnung gefunden hat, in seinen Auswirkungen darin jedoch wohl noch nicht endgültig und einleuchtend klar

dargelegt ist. Es ist das der Gedankengang, der die Tuberkulose als schädigendes Agens für die Psyche auf dem Wege der Störung des innersekretorischen Apparates betrachtet.

Einen Hinweis allgemeiner Art darüber gibt uns *Bonhoeffer*, wenn er schreibt, „daß für das richtige Funktionieren des zentralen, nervösen Apparates neben der Intaktheit der anatomischen Struktur spezifische, aus den Blutdrüsen stammende Chemismen erforderlich sind."

Es interessiert uns vor allem die Frage, welche Folgen auf psychischem Gebiete eine Erkrankung dieser innersekretorischen Organe nach sich zieht. Im Vordergrunde steht dabei wohl die Glandula thyreoidea. Wir finden bei dem Ausfall der Schilddrüse eine Störung im psychischen Verhalten, die sich durch Teilnahmlosigkeit und Intelligenzverminderung charakterisieren läßt, und zwar während der Wachstumsperiode. Beim Erwachsenen entwickelt sich dagegen eine langsam eintretende Abnahme der Intelligenz. Bei einer Hyperfunktion der Schilddrüse — wie wir es vor allem aus dem Symptomenkomplex der *Basedow*schen Krankheit kennen — kommt es zuweilen in schweren Fällen zu starken Unruhezuständen, die sich bis zur Verwirrtheit steigern können; in leichteren Fällen hat man die Beobachtung seelischer Erregtheit machen können.

Die der Schilddrüse so naheliegenden Epithelkörperchen haben nach dem, was wir bisher wissen, wohl eine Sonderstellung. Werden sie völlig entfernt, so entwickelt sich nach *Krehl* „eine Kalkarmut des Körpers und auf deren Boden eine erhöhte elektrische, mechanische und physiologische Erregtheit zahlreicher zentraler und peripherer Nervengebilde des zerebrospinalen und vegetativen Systems mit eigenartigen Krampfanfällen an Körpermuskeln". Und nach *Fischer* soll „der Ausfall der Epithelkörperchen steigernd auf die Affekte wirken". In engster Beziehung zu den beiden bisher erwähnten Drüsen steht der Thymus, und dieser wiederum in einem bestimmten Zusammenhang mit den männlichen und weiblichen Geschlechtsorganen. Über die Funktion der Drüse ist allerdings noch wenig bekannt.

Bei den Geschlechtsorganen faßt man die Wirkung der inneren Sekretion auf als zur Erhaltung des Geschlechtstriebes und der sekundären Geschlechtsmerkmale und als Einwirkung auf Wachstums- und Stoffwechselvorgänge. Nach *H. Fischer* „soll nun der Ausfall der Geschlechtsdrüseninkrete einen Ausfall der altruistischen Gefühle und Instinkte, Zurückgezogenheit und Verschlossenheit, zyklothymen Charakter, Beeinträchtigungsideen und Schlaflosigkeit bewirken".

Über die Beteiligung der Nebennieren finden wir bei demselben Autor den Hinweis, „daß durch die Schilddrüsensekretion durch Sensibilisierung der Nebennierenwirkung die Affektspannung gesteigert wird". Das wären in der Hauptsache die Vorgänge auf dem Gebiete des innersekretorischen Systems, die für unsere Betrachtung hier von Wichtigkeit wären. In der Literatur finden wir noch eine Ausführung zu unserem Thema in einem Referat, das *M. Kroll* (Moskau) über eine Arbeit von *N. Alfejewski*: „Nervöse und psychische Erscheinungen bei Tuberkulösen" erstattet hat, in dem er schreibt, „daß besonders schädlich die tuberkulösen Toxine in Fällen wirken, wo die innere Sekretion leidet, namentlich bei Erkrankungen der Schilddrüse bzw. Geschlechtsdrüsen". So hat besonders auch *Wolfer* in längeren Ausführungen sich „über die Rolle der Tuberkulose in der Ätiologie der Dementia praecox" ausgelassen. Er erwähnt zunächst das häufige Zusammentreffen von Dementia praecox und Tuberkulose und stellt dann eine Reihe von Übereinstimmungen fest zwischen den beiden Erkrankungen, die sich auf Heredität, Alter, Beginn, Verlauf, Prognose, somatische und psychische Symptome beziehen. Er führt dann weiter aus, daß durch das *Abderhalden*sche Dialysierverfahren erwiesen sei, daß bei den Geistesstörungen neben dem Abbau des Gehirns auch ein solcher innersekretorischer Drüsen stattfindet, und kommt mit der Annahme, daß bei Dementia praecox pluriglanduläre Einwirkungen in Betracht gezogen werden müssen, zu dem Schluß, daß dem innersekretorischen System die Rolle eines Verteidigungsringes zukommt und daß sein Zusammenbruch das Primäre, jener des Zentralnervensystems das Sekundäre ist. Was hier nun für die Dementia praecox angenommen ist, will *H. Hoffmann* auch für die übrigen Psychosen gelten lassen, und er geht sogar so weit, eine Einteilung der Psychosen posttuberkulösen Ursprungs vorzunehmen, die er mit dem Namen „Paraphrenia phymatosogenes" belegt mit den Unterabteilungen:

1. Depressive Form (Melancholie).
2. Expansive Form (Manie).
3. Halluzinatorische Form (Amentia).
4. Stuporöse Form (Dementia praecox).

Er hält diese Symptomenkomplexe für unspezifisch und gleichwertig den Symptomen innerer Krankheiten. Und für ihn scheint für die Mehrzahl der Fälle von Dementia praecox und Melancholie in geringerem Grade auch bei Amentia und Manie die Tuberkulose das schädigende Agens zu sein. Auch er führt eine Reihe von Vergleichs-

momenten an zwischen Tuberkulose und Psychosen, die sich auf Begünstigung sowohl auf den Ausbruch von Psychosen als auch tuberkulöser Erkrankung, z. B. durch Eintritt der Pubertät, beziehen. Im selben Sinne erwähnt er Puerperium, Gravidität und das Rückbildungsalter und Menstruation, ferner die bei beiden Erkrankungen häufig vorkommenden deutlichen Remissionen.

In einer Arbeit von Mark *Serejski* und *J. P. Frumkin* finden wir entsprechend unserem Thema eine Auslassung über Psychosen bei Lepra. Die Verfasser kommen darin zu dem Schlusse, „daß es anscheinend überhaupt keine spezifisch lepröse Psychose gebe. Es handle sich dabei entweder um Toxikationspsychosen oder andere Formen von Geistesstörung, am häufigsten um reaktive Depressionen. Sie weisen auch darauf hin, daß man neben direktem Bazillennachweis im Gehirn sehr häufig degenerative Veränderungen im Zentralnervensystem nachgewiesen habe. Sie messen diesen jedoch keine spezifische Bedeutung bei und halten sie für Veränderungen, wie sie bei schweren Infektionen vorkommen“.

Einen wichtigen Hinweis finden wir bei *Liebermeister* (Düren), der der Frage besonders auch mit Berücksichtigung der Tuberkulinreaktion nähergetreten ist. Er hat dabei gefunden, „daß man bei Tuberkulinreaktionen hier und da ganz rasch vorübergehende psychische Störungen sieht, die an die verschiedenen Bilder der echten Psychosen erinnern, sich aber nicht etwa auf das Bild einer bestimmten Psychose beschränken, daß man ferner in einem Falle ganz vorübergehend hypomanische Zustände beobachtet, in anderen Depressionen, in wieder anderen Fällen paranoische Bilder, an Querulantenwahn erinnernde, oder sogar Symptome, die an Dementia praecox erinnern. In einzelnen Fällen sieht man bei ein und demselben Kranken das eine Mal manisch-depressive, das andere Mal schizophrene Züge auftreten“. All diese Beobachtungen scheinen ihm jedoch nicht für das Vorhandensein einer einheitlichen Tuberkulosenpsychose zu sprechen, und nachdem er glaubt, den sogenannten „tuberkulösen Charakter“ wohl als leichte Form des manisch-depressiven Irreseins ansprechen zu können, kommt er zum Schluß seiner Ausführungen zu der Auffassung, „daß eine einheitliche tuberkulöse bzw. metatuberkulöse Psychose in dem Sinne, daß ein eindeutiger, psychiatrischer Symptomenkomplex etwa durch die Tuberkulose und durch keine andere Ursache bewirkt werde, bis jetzt durch Tatsachenmaterial in keiner Weise genügend bewiesen sei“. Er nimmt wohl an, daß zwischen tuberkulöser Infektion und Psychosen zweifellos Beziehungen bestehen. Von einer „Verstimmung

nach Tuberkulin" spricht auch *Magenau*. Er schließt aus dem gesetzmäßigen Verstimmungszustand, der nach Einverleibung tuberkulinhaltiger Substanzen auftritt, auf einen innigen Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Dementia praecox im Einzelfall. Er kommt jedoch auch zu dem Schlusse, „daß die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Psychose bis jetzt nur einseitig und ganz ungenügend erforscht sind, und daß es in Ermangelung fast allen Tatsachenmaterials nicht statthaft sei, darüber eine vorgefaßte Meinung zu äußern".

In gewissem Gegensatz zu dem Vorstehenden steht die Auffassung mancher Forscher, daß es sich beim Zusammentreffen von Tuberkulose und Psychosen manchmal zeigt, daß die Psychose bei fortschreitender Tuberkulose eine wesentliche Besserung, ja Heilung aufweist. So schreibt *Siemerling* darüber, „daß bei der Phthise, abgesehen von den Inanitionsdelirien, die heiteren Erregungszustände unter dem Bilde der Manie überwiegen. Von einer Folie tuberculeuse dürfe man ebensowenig sprechen wie von einer Folie typheuse. Zuweilen beobachtet man, wie mit dem Fortschreiten der Phthise ein Nachlassen der Psychose bzw. ein völliges Verschwinden eintrete und wie dann auch in den höchsten Graden der Inanition keine psychischen Störungen mehr auftreten.

Diese Tatsache erinnert an die Erfahrung, welche vereinzelt gemacht worden ist, daß eine Psychose im Verlauf eines Typhus, einer Influenza, eines Erysipels wesentliche Besserung, sogar Heilung aufwies. Man hat sogar geglaubt, daran therapeutische Hoffnungen knüpfen zu können und vorgeschlagen, künstliche Infektion, z. B. mit Erysipelkokken, hervorzurufen.

Ein großes Verdienst gebührt vor allem *Wagner von Jauregg* (Wien), der im Jahre 1917 — vorgeschlagen hatte er sie schon 1887 — die Malariaimpfung in die Therapie der progressiven Paralyse einführte, nachdem von anderen schon mehrere Jahre vorher Behandlungen mit Natrium nucleinicum bzw. später mit Phlogetan ausgeübt worden waren.

Zum Schluß unserer Ausführungen müssen wir dann noch eines besonderen Momentes gedenken, das vielfach auch Erwähnung findet, wenn man die Tuberkulose als Ursache von Geisteskrankheiten anführt: es ist das Thema „Die Tuberkulose in den Irrenanstalten". Nach den Statistiken stirbt ein erheblicher Teil der Geisteskranken in den Anstalten an Tuberkulose. Auch hier ist noch keine restlose Aufklärung der Frage vorhanden, ob nun die Tuberkulose Ursache oder Folge der Psychose sei. So schreibt *Liebermeister* darüber, „daß in den

Irrenanstalten bei den veralteten Psychosen ein Manifestwerden der latenten Tuberkulose sehr häufig vorkommt", und nach ihm sprechen diese Beobachtungen dafür, daß das Manifestwerden der Tuberkulose eine Folgeerscheinung der Psychosen sei. Er führt das darauf zurück, „daß in den durch die Psychose schwer geschädigten Organismen alte Infektionsherde reaktiviert und zur Metastasierung gebracht werden, oder daß bei dem engen Zusammenleben der vielfach unreinlichen Kranken exogene Reinfektionen leichter zustande kommen". *H. Löw* schreibt über das Thema, „daß Tuberkulose in Irrenanstalten häufig sei. Er glaubt für die Verhältnisse seiner Anstalt, daß das Leben und die der Anstalt eigenen Verhältnisse nicht für diese Tatsache verantwortlich zu machen seien. Es müßten dann ja, da für alle Geisteskranken dieselben Verhältnisse bestehen, auch die Geisteskranken aller Krankheitsgruppen in gleicher Weise zahlenmäßig von der Tuberkulose befallen werden. In der Tat steuern nach ihm aber zu der Tuberkulose in ganz unverhältnismäßiger Weise die Dementia-praecox-Kranken bei, und demnach glaubt er nun, daß zwischen diesen und der Tuberkulose gewisse Beziehungen zu bestehen scheinen, die wir vor der Hand noch nicht kennen".

Werfen wir nun einen Rückblick auf unsere bisherigen Betrachtungen, so wird uns klar, daß die Frage der Tuberkulose als Ursache psychischer Erkrankungen noch keineswegs durch Tatsachenmaterial so eindeutig geklärt ist, daß ihre Annahme zwingend wäre, und wie es besonders im Hinblick auf die Wichtigkeit wegen der aus der Lösung sich ergebenden möglichen praktischen Bedeutung in therapeutischer Beziehung wünschenswert wäre. Es bestehen unleugbar bestimmte Zusammenhänge zwischen tuberkulöser und psychischer Erkrankung, die wir aber bis heute mit den vorliegenden Verhältnissen noch nicht genügend zu erklären in der Lage sind, ganz besonders wenn wir bedenken, wie verhältnismäßig gering unsere Kenntnisse über den Chemismus der innersekretorischen Drüsen und vor allem auch über die genauen wechselseitigen Beziehungen der einzelnen Drüsen untereinander sind. Eine festumschriebene, eindeutige Psychose als solche nur durch die Tuberkulose hervorgerufen, dürfte es nach den bisherigen Beobachtungen und Mitteilungen wohl nicht geben. Die Tuberkulose wird sicherlich in vielen Fällen in der Ätiologie der Psychosen eine wichtige Rolle spielen durch Momente, welche oben näher erläutert worden sind, wie Infektion als solche mit den Begleiterscheinungen des Fiebers, der Intoxikation, des Kräfteverfalls u. a. m., jedoch nicht in der Weise, daß von einer spezifischen „Tuberkulose-Psychose" ge-

sprochen werden könnte. In dem über diese Frage wogenden Streit der Meinungen müssen wir uns stets klar darüber sein, daß dieses so wichtige Problem nur durch exakte, unvoreingenommene Beobachtungen an großem Material und auf längere Dauer zu einer befriedigenden Weiterentwicklung und vielleicht auch Lösung gebracht werden kann, anderseits aber müssen wir bedenken, daß irgendwelche Dogmatik oder kühne Hypothesen der Sache wenig förderlich sind.

Literatur.

1. *Albrecht* (Wien): Referat in Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 27, über Arbeit von *Duse*: „Tuberculosi et psicosi" in Giorn. di psych. clin. et tecn. manicom. Jg. 48, H. 3/4, S. 67, 1921. — 2. *Bleuler*, Lehrb. d. Psych. (1920): Ursachen der Geisteskrankheiten, S. 144. Infektiöse Schwächezustände, S. 270, 273. Handb. d. Psych. von *Aschaffenburg*, 4. Abt., 1. Hälfte, 1911. — 3. *Bonhoeffer*, Lehrb. d. Psych., 1912, Infektionspsychosen, S. 7 u. 8. — 4. *Bumke*, Lehrb. d. Geisteskrankh., 1924, S. 597. Über Infektionspsychosen, S. 606. — 5. *Buscaino, V. M.*: Psych.-neurol. Wschr. Jg. 27, Nr. 29, S. 277, Nr. 30, S. 287 (1925). Neue Ergebnisse über die toxische Pathogenese der Dementia praecox, der Amentia und der postenzephalitischen Symptomenkomplexe. — 6. *H. Fischer*, Psych.-neurol. Wschr., 1922/23, Nr. 35 u. 36. — 7. *H. Hoffmann*: Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1922, Bd. 66, S. 699, Tuberkulose und Psychosen. —8. *Kroll* (Moskau): Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 6, über *Alfejewski*: Nervöse und psychische Störungen bei Tuberkulose. Psychiatrie der Gegenwart, russisch (1912), 9/707. — 9. *Kraepelin*: Psychiatrie. Allg. Psych. Bd. 1, S. 73, Infektionskrankheiten. — 10. *Liebermeister* (Düren): Tuberkulose und Psychosen, 1923. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 70, H. 1, S. 58. — 11. *H. Löw* (Bedburg-Hau): Über Tuberkulose in Irrenanstalten. Allg. Zschr. f. Psych. 1917, Bd. 73, S. 443. — 12. *O. Magenau* (Crailsheim): Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 96, S. 704, 1925. — 13. *H. W. Maier* (Burghölzli-Zürich): Referat über die Arbeit von *Muralt* (Davos), 1913: Die nervösen und psychischen Störungen bei Lungentuberkulösen; in Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 7. — 14. *M. Serejski* u. *I. P. Frumkin*: Zur Frage über Psychosen bei Lepra. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 101, S. 615, 1926. — 15. *E. Siemerling* (Kiel): D. Klinik (1906), S. 363: Über Psychosen im Zusammenhang mit akuten und chronischen Infektionskrankheiten. — 16. *E. Stern* (Davos): D. med. Wschr. Jg. 51, Nr. 28, S. 1146, 1925. Beitrag zur Psychologie des Lungenkranken. Der Eindruck der Diagnose „Lungentuberkulose" auf den Kranken. — 17. *Stern* (Göttingen): Referat in Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25, über die Arbeit Troubles psychiques et Tuberculose von *Charpentier* (1921), in Arch. de méd. et pharm. nav. Bd. III, Nr. 1, S. 43. — 18. *Stransky* (Wien): Lehrb. d. allg. u. spez. Psych. S. 110, 1914. — 19. *G. Voss*: Handb. d. Psych. von *Aschaffenburg*, III. Abt., S. 85, 1915, Ätiologie der Psychosen. — 20. *L. Wolfer* (Salzburg): Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 69, V. H., S. 601. — 21. *Ziehen*: Lehrb. d. Psych.

Moralprüfungen bei Jugendlichen[1]).

Von

Dr. Rudolf Rosner.

In gleichem Umfange wie die Jugendfürsorge in den letzten Jahren zugenommen hat, machte sich auch allgemein der Wunsch und das Bestreben bemerkbar, Methoden herauszufinden, die bei möglichst einfachen Maßnahmen uns weitgehendste Aufschlüsse über das Seelenleben der Jugendlichen gewähren, damit diesen auch wirklich die geeignete Unterstützung in ihrer Entwicklung zuteil werde. So leicht es nun verhältnismäßig war, durch Einrichtung von Jugendämtern und das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz Jugendlichen ihren Lebensweg technisch zu ebnen, so schwierig ist und bleibt die Frage, wo und wie sie unterzubringen und zu beschäftigen sind. Hierbei bedürfen einer besonderen Berücksichtigung ihr körperlicher Zustand, der Intelligenzgrad und ihre ethischen Qualitäten. Letztere bilden wohl die allergrößten Schwierigkeiten, da uns bisher nur eine längere Beobachtung die Möglichkeit bot, einen Einblick in die Seele der zu Betreuenden zu erhalten. Zwar hatten schon *Ziehen*, *Hermann*, *Levy-Suhl*, *Schaefer* und andere Autoren angegeben, wie man durch geschickte Examina einen Aufschluß über das sittliche Fühlen eines Jugendlichen bekommen könnte, ohne sein Vorleben genauer zu kennen; aber alle diese Methoden hatten den Nachteil, daß Examinator und Prüfling in gleicher Weise aktiv waren (Frage und Antwort) und dadurch das Ergebnis der Untersuchung in keiner Weise objektiv war, denn die Meinung des Prüflings ist durch die Fragestellung des Examinators doch zu leicht zu beeinflussen.

Eine sehr beachtenswerte Methode stellten daher Tests dar, die *Jakobsohn* zur Anwendung empfahl. Er modifizierte eine Methode *Fernalds* dahin, daß er den Prüflingen 7 Delikte Jugendlicher ver-

---

[1]) Aus den Kückenmühler Anstalten, Stettin. (Chefarzt: San.-Rat Dr. *Schnitzer*.)



schiedener Art vorlegt, die durch Objekt des Schadens, Motiv zur Handlung und seelische Verfassung des Täters genau abgestuft sind. Diese 7 Vergehen werden dem Prüfling, auf verschiedene Zettel gedruckt, vorgelegt, und er hat sie nun genau auf ihren Inhalt zu prüfen. Alsdann werden die einzelnen Straftaten der Reihe nach geordnet, indem der Prüfling das nach seiner Ansicht leichteste Vergehen nach oben zu legen hat. Diesem folgen dann graduell die anderen, so daß das schwerste unten liegt. Nun hat der Prüfling zu begründen, wie er zu dieser Einordnung gekommen ist, warum er das eine Vergehen für schwerer hält als das andere.

Da dies die erste Methode ist, in der der Prüfende völlig ausgeschaltet ist und nur das Urteil des Prüflings zum Ausdruck kommt, habe ich auf Veranlassung meines hochverehrten Chefs Herrn San.-Rat Dr. *Schnitzer* in den letzten Jahren umfangreiche Untersuchungen — 122 Fälle — an den Patienten der Kückenmühler Anstalten, Stettin, angestellt, besonders Schwachsinnigen und Psychopathen, wobei Fürsorgezöglinge eine besondere Berücksichtigung fanden. Außerdem fanden aber auch in öffentlichen Schulen Untersuchungen der Schüler bzw. Schülerinnen statt, um ein genaues Urteil über diese Methode zu ermöglichen.

Es wurden den Jugendlichen dieselben Delikte vorgelegt, wie sie *Jakobsohn* verwendet, und zwar:

1. Ein 10 jähriger Junge hat den ganzen Tag nichts zu essen bekommen, da seine Mutter auf Arbeit fort war. Als die Mutter noch immer nicht zurückkommt und ihn der Hunger quält, geht er auf die Straße und kommt an einem Bäckerladen vorüber. Die Tür des Ladens steht offen, und neben der Tür sieht er in einem Korbe frische Semmeln liegen. Er wartet, bis niemand im Laden ist. Dann geht er leise hinein, nimmt aus dem Korbe zwei Semmeln heraus, läuft mit ihnen fort und ißt sie gleich auf der Straße auf. Semmeldiebstahl.

2. Zwei zwölfjährige Jungen waren gut befreundet und besuchten sich oft. Der eine war der Sohn eines Försters, in dessen Wohnung mehrere Jagdgewehre hingen. Der Förster hatte seinem Sohne streng verboten, ein Gewehr von der Wand zu nehmen und pflegte jedesmal ein geladenes Gewehr, bevor er es an die Wand hing, zu entladen. Als nun die Freunde wieder einmal in der Försterei zusammen waren und miteinander gespielt hatten, nahmen sie schließlich jeder ein Gewehr von der Wand, um Soldaten zu spielen. Bald taten sie so, als ob sie im Kriege wären, und legten die Gewehre aufeinander an. Der eine Freund schrie: „Jetzt schieß ich dich tot." Der andere rief lachend: „Das Gewehr ist ja nicht geladen." Beide drückten ihre Gewehre ab, und der Freund des Jägerssohnes sank tödlich getroffen zu Boden. Gewehrspielerei mit tödlichem Ausgang.

3. Ein zwölfjähriger Junge, der Laufbursche in einem Geschäft ist, soll ein Paket zur Post bringen. Sein Chef gibt ihm 50 Pf., damit er dafür das Bestellgeld auf der Post bezahlt. Der Junge läßt aber das Paket unfrankiert abgehen, behält sich die 50 Pf., die er sogleich vernascht. Portounterschlagung.

4. Ein 14 jähriger Junge hat vor einigen Tagen ein Fahrrad zum Geschenk erhalten und lernt nun in einer stillen Straße allein auf dem Rade. Da tritt ein 16 jähriger Junge, der ihn längere Zeit beobachtet hat, an ihn heran und sagt ihm: „Laß mich einmal aufsitzen, dann will ich dir zeigen, wie man das Radfahren schnell erlernen kann.“ Darauf steigt der 14 jährige Junge von seinem Rade herunter und läßt den 16jährigen aufsitzen. Dieser fährt zuerst mehrmals die Straße auf und ab. Als er dann aber auf einmal am Ende der Straße ist und der andere Junge gerade nicht hinsieht, biegt er schnell in eine Nebenstraße ein und verschwindet mit dem Rade auf Nimmerwiedersehen. Fahrraddiebstahl.

5. Ein 18 jähriger Junge war in einem großen Geschäft schon mehrere Jahre als Hausdiener angestellt. Sein Chef hatte Vertrauen zu ihm und schickte ihn eines Tages auf die Bank, um von dieser Bank 1000 M. zu holen; er gab ihm dazu ein Formular mit, auf welchem die Summe von 1000 M. aufgeschrieben war. Der Hausdiener hatte schon immer den brennenden Wunsch, einmal die weite Welt zu sehen, besonders Amerika, wo man, wie er gehört hatte, auf leichte Art viel Geld verdienen könnte. Er hatte aber nicht die Mittel dazu, um diesen Wunsch sich erfüllen zu können. Als er nun von seinem Chef das Formular erhalten hatte, kam ihm plötzlich der Gedanke, die 1000 M., welche auf dem Formular aufgeschrieben waren, in 2000 umzuändern und sich dann von dem erhaltenen Gelde 1000 M. zu behalten. Das tat er auch so und erhielt auch von der Bank 2000 M. ausgezahlt. Von dem Gelde gab er 1000 M. seinem Chef ab, während er die anderen 1000 M. behielt. Dann kündigte er seine Stellung und fuhr nun schnell zu Schiff nach Amerika. Die Fälschung wurde erst später entdeckt. Urkundenfälschung und Unterschlagung.

6. Ein 16 jähriger Junge hatte einen Stiefvater, der ein Trunkenbold war. Wenn der Stiefvater betrunken nach Hause kam, mißhandelte er ihn und die Mutter und zerschlug viele Gegenstände in der Wohnung. Die Familie war dadurch in große Not geraten und die Mutter sah elend und abgehärmt aus. Das nahm der Sohn sich sehr zu Herzen, und als der Stiefvater eines Nachts wieder ganz betrunken nach Hause kam und ihn und die Mutter aus dem Bett zerrte und mit der Faust ins Gesicht schlug, packte er ihn voll Wut an der Kehle und würgte ihn so stark, daß er nachher tot war. Stiefvatertötung im Augenblicksaffekt.

7. Ein 16 jähriger Junge, der sehr arbeitsscheu war und sich immer herumtrieb, hatte wieder einmal keinen Pfennig Geld in der Tasche und sann nach, wie er sich welches verschaffen könnte. Er ging zufällig an einem Juwelierladen vorüber und sah, daß der Inhaber des Geschäfts, ein alter Mann, gerade goldene Uhren auf seinem Ladentische musterte. Hier schien ihm die Gelegenheit günstig, einen Raub auszuführen. Er trat in den Laden ein und gab vor, eine Uhr kaufen zu wollen. Der Juwelier legte ihm verschiedene Uhren zur Auswahl vor. Als er nun noch andere Uhren zur Auswahl haben wollte, zog der Juwelier eine Schublade des

Ladentisches auf und bückte sich hinab, um aus der Schublade noch andere Uhren herauszunehmen. In diesem Augenblicke versetzte er dem alten Manne mit einem Stemmeisen, das er zur Ausführung der Tat zu sich gesteckt hatte, einen wuchtigen Schlag auf den Kopf, wonach der alte Mann bewußtlos zu Boden sank. Dann riß er schnell einige Uhren vom Ladentisch weg und stürzte auf die Straße hinaus. Schwere Körperverletzung und Raub.

Es mag hier schon gesagt sein, daß die Ergebnisse unserer Untersuchungen von denen *Jakobsohns* abweichen. Dieser hat auf Grund seiner Beobachtungen Durchschnittsreihen aufgestellt, die einem nach dieser Methode Untersuchenden ermöglichen sollen, ein Urteil über das sittliche Fühlen eines Jugendlichen zu fällen, und zwar sollen Jugendliche, die ethisch normal veranlagt sind, die ihnen vorgelegten Aufgaben so einordnen, wie es unserem Fühlen entspricht, während ein ethisch Tiefstehender, je nachdem er hier oder dort defekt ist, entsprechende, unserem Empfinden zuwiderlaufende Urteile fällt. So wird also z. B. ein Jugendlicher, der zum Diebstahl neigt, die Eigentumsvergehen unter den 7 Tests am mildesten beurteilen (vgl. Fall 8 seiner Untersuchungen).

Aus unseren Untersuchungen ging klar und deutlich hervor, daß eine Durchschnitts- oder Standardreihe — also etwa ein Moralitätsmesser — nicht aufzustellen ist, wenn man auch noch so viele Untersuchungen vornimmt. Einordnung und Begründung schwankten in den einzelnen Jahresklassen ganz erheblich, so daß ein Gesetz sich in keiner Weise aufstellen ließ. Hingegen haben die Untersuchungen uns allgemein psychologisch interessante Beobachtungen ermöglicht. Auch hier wurde festgestellt, daß man im allgemeinen 4 grundlegende Gruppen zu unterscheiden hat:

1. diejenigen, welche ein Delikt nur nach den äußeren Umständen bewerten;
2. diejenigen, welche auch das Motiv zur Handlung berücksichtigen;
3. diejenigen, welche selbst die Lage des Täters empfinden und seiner seelischen Verfassung ihre Aufmerksamkeit schenken;
4. diejenigen, welche auch die kleinsten, scheinbar unbedeutenden Momente in dem Delikte mitwerten.

Eine Veränderung der sittlichen Orientierung der Geprüften mit zunehmendem Alter, wie *Jakobsohn* sie fand, konnten wir nicht beobachten. Die sittliche Reife war vielmehr äußerst abhängig von dem Milieu, aus dem der Prüfling hervorgegangen war, und daher in den einzelnen Jahresklassen recht verschieden. Wichtig ist zu unterscheiden zwischen moralischem Fühlen und moralischem Handeln. Während

Jakobsohn meint, daß die Intelligenz einen großen, aber nicht Ausschlag gebenden Einfluß auf die Urteilsfällung ausübt, sondern das Urteil nach dem sittlichen Empfinden gefällt wird, beobachteten wir, daß geistige und sittliche Reife voneinander abhängig sind. Wenn ein geistig Schwacher infolge anerzogener ethischer Grundlagen oder instinktiv sittlich richtig handelt, versteht er noch lange nicht, die sittlichen Handlungen anderer entsprechend zu beurteilen. Ebenso versteht umgekehrt der geistig Normale infolge angelernter Urteile bisweilen hervorragend, die vorgelegten Fragen zu ordnen und zu werten, ohne sein eigenes Handeln darnach einzurichten oder zu berücksichtigen. Einige Fälle mögen das erläutern:

I. 14¾ jähriger Schüler, gute Klassenleistungen; kein Delikt, keine Anklage.

1. Semmeldiebstahl. Er hat aus Not gehandelt.
2. Fahrraddiebstahl. Diebstahl ist nicht so schlimm wie Unterschlagung, aber schlimmer als 1., denn er hat es nicht aus Not getan.
3. Portounterschlagung. Es ist nicht so schlimm, weil er nur 50 Pfennig unterschlagen hat.
4. Stiefvatertötung. Er hat aus Not gehandelt, weil der Stiefvater die Mutter mißhandelt hat. Aber er tötet ja den Stiefvater dabei. Deshalb schweres Vergehen.
5. Gewehrspielerei. Beide Jungen waren ungehorsam. Wenn der Vater es verboten hatte, brauchte er es ja nicht zu tun. Tödlicher Ausgang erschwert die Tat.
6. Urkundenfälschung. Er hat seinen Chef betrogen und schädigt dadurch die Bank.
7. Raub. Er beraubt und verletzt den Juwelier. Besonders schwere Tat, weil er dabei raubt.

Man könnte leicht geneigt sein, aus der Äußerung „Diebstahl ist nicht so schlimm wie Unterschlagung“ und „Portounterschlagung ist nicht so schlimm, da er nur 50 Pfennig unterschlagen hat“ einen Rückschluß auf sein ethisches Empfinden im Sinne eines Defektes herauszulesen. In Wirklichkeit handelt es sich aber wohl nur um eine allgemeine Urteilsschwäche. Hier werden die Delikte oberflächlich nach dem Objekte bzw. nach dem Ausgange bewertet. Der Prüfling hat keine Aufgabe in ihrem tieferen Sinne erfaßt. Nach Angaben der Lehrer hat der Junge sich stets ausgezeichnet geführt. Interessant ist, daß er zu den guten Schülern gerechnet wurde, während der folgende Prüfling als wenig leistender und fauler Schüler galt und nur mit Bedenken in die 1. Klasse versetzt wurde.

II. 14 jähriger Schüler, mäßige Klassenleistungen, sehr interessierter Sportsmann. Kein Delikt, keine Anklage.

1. Stiefvatertötung. Er hatte nicht die Absicht, den Vater zu töten. Wollte die Mutter schützen, wußte nicht in der Wut, was er tat.
2. Gewehrspielerei. Hatten nicht die Absicht, zu töten. Dachten, die Gewehre wären entladen und schaden könnte es nichts.

3. Semmeldiebstahl. Der Hunger trieb ihn zum Stehlen. Er stiehlt nur so viel, wie er zum Hungerstillen gebraucht.
4. Urkundenfälschung. Der Chef hätte ihm vielleicht auch 1000 M. geborgt und er hätte sie von Amerika aus zurückerstatten können. Er hat den Chef betrogen.
5. Portounterschlagung. Der Junge war nicht in Not, wollte das Geld nur zum Naschen haben. Schlimmer als 4., da der das Geld für einen wichtigen Zweck gebrauchte.
6. Fahrraddiebstahl. Handelte mit vollster Überlegung.
7. Raub. War arbeitsscheu, wollte sich sein Geld nicht auf ordentliche Weise verdienen. Handelte mit vollster Überlegung. Er ist ein richtiger Verbrecher.

Dieser Fall bietet uns in mehrfacher Hinsicht Beachtenswertes. Es werden hier Faktoren berücksichtigt, die *Jacobsohn* im allgemeinen erst bei älteren Kindern bemerkt hat: Eingehen auf die Motive und seelische Verfassung des Täters. Der Prüfling hat zweifellos bei Berücksichtigung seines Alters ein Urteil abgegeben, wie es besser der Durchschnitt der geprüften Erwachsenen nicht konnte. Um so bemerkenswerter ist, daß in der Schule sein gutes Urteil nicht anerkannt wurde, während im Falle I wiederholt vom Lehrer betont wurde, was für ein guter Schüler der Prüfling sei. Hieraus geht hervor, daß ein Intelligenzmaßstab i. e. S. erst durch eine exakte Prüfung der Urteilsfähigkeit jedes Exploranten erzielt wird, und hierzu ist m. E. die Methode *Fernalds* sehr zweckmäßig. Der Hauptzweck, den sie erfüllen soll, die Prüfung des moralischen Empfindens, macht jedoch bei diesem Falle erhebliche Schwierigkeiten. Ein strenger Kritiker könnte evtl. Belastungen für den Prüfling herausfinden. Der Junge sagt bei dem Semmeldiebstahl: „Er stiehlt nur so viel, wie er zum Hungerstillen gebraucht“ und bei der Portounterschlagung: „Schlimmer als die Urkundenfälschung, da der das Geld für einen wichtigen Zweck gebraucht“. Billigt er den Semmeldiebstahl und geht er bei der Portounterschlagung von dem Prinzip aus, der Zweck heiligt die Mittel, oder sucht er nach Entlastungsgründen aus menschlichem Empfinden? Wir fanden bei einem großen Teil der Prüflinge ein starkes Mitempfinden mit dem Urkundenfälscher. Offenbar empfindet der Jugendliche lebhaft mit bei der abenteuerlichen Reise nach Amerika. Deshalb sucht auch der ethisch gut veranlagte Jugendliche nach Gründen, welche die Tat mildern. Jedenfalls erscheint mir zu weitgehend, aus solchen Antworten auf ein falsches sittliches Fühlen schließen zu wollen.

III. 16jähriger Justizratssohn, der mehrere Diebstähle begangen hat und eine großzügige Unterschlagung von Lohngeldern, die er verjubelte. Psychopath von normaler Intelligenz.

1. Stiefvatertötung. Weil der Sohn im Augenblick gehandelt hat und die Tötung nicht mit Absicht geschah. Dazu kam die Mißhandlung der Mutter, mit der er sicher gut gestanden hat, da der Stiefvater infolge seiner Trunksucht mit der Mutter und dem Sohne in schlechtem Verkehr stand.
2. Semmeldiebstahl. Der ist schwerer strafbar, weil der Junge, trotzdem er 10 Jahre alt ist, sich vor den Laden gestellt und gewartet hat, bis der Laden leer war. Wenn er die Überlegung dazu hat, zu

warten, bis der Laden leer ist, damit er die Tat ausführen kann, dann muß er auch die Überlegung dazu haben, zu warten, bis die Mutter zurück ist, und mußte den Hunger unterdrücken.

3. Gewehrspielerei. Sie sind älter als Fall 2. Es ist weniger zu bestrafen, weil der Förster jedesmal sein Gewehr zu entladen pflegte, bevor er es an die Wand hing. Deshalb fiel auch eine Schuld auf ihn. Daß gerade der Freund getroffen wurde, ist ein Zufall. Die Jungen hätten sich bei ihrem Alter überlegen müssen, daß sie mit Gewehren, auch wenn sie entladen sind, nicht spielen dürfen.
4. Portounterschlagung. Hier beginnen die Handlungen mit Überlegung, von denen dies die leichtetse ist. Das Alter ist in Betracht zu ziehen. Es ist strafbar wiederum, weil ihm solche Sachen als Tagesarbeit oblagen. Der Zweck, wofür er die 50 Pfennig unterschlagen hat, ist nicht Not, sondern Verschwendung.
5. Fahrraddiebstahl. Mit 6. ziemlich gleichzustellen. Hier hat ein 16 jähriger Junge die Tat auch mit Überlegung begangen.
6. Urkundenfälschung. Wie 5., hier ist es Geldsucht. 5. hatte vielleicht arme Eltern und gebrauchte für die Stellung ein Fahrrad. Es ist eine überlegte Handlung und zu seinem eigenen Vergnügen, denn er hatte den brennenden Wunsch, die weite Welt zu sehen. Indem er die Urkundenfälschung beging, wußte er genau, daß er das nicht durfte und seinen Chef damit schädigte. Daß er sofort abfuhr, um nicht gefaßt zu werden, spricht auch für die Überlegung der Tat. Das Alter ist auch noch erschwerend zu verwerten.
7. Raub. Am meisten strafbar, weil der Junge arbeitsscheu war und sich herumtrieb, was an ihm selber lag. Wenn die Eltern ebenso waren, dann spricht das für ihn, dann dürfte er nicht so bestraft werden. Die Art der Tat ist höchst gemein. Er war ein alter Mann, und wie er sich bückte, schlug er ihn mit dem Stemmeisen, das er sich eigens dazu mitgebracht hatte. Er hatte also mit Überlegung gehandelt. Ausführungsart und Überlegung sind am schwersten, und der Wert der Gegenstände selber ist zu berücksichtigen.

Wir finden hier eine Urteilsschärfe mit zum Teil juristischen Spitzfindigkeiten in der Begründung der Einordnung der einzelnen Delikte, welche deutlich zeigt, welchen Einfluß das Milieu auf die Urteilsbildung über Moralfragen hat. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß dieser Junge, welcher sonst keinerlei Interesse für juristische Dinge hatte, durch den langjährigen Umgang mit dem Vater, welcher Jurist ist, eine weit schnellere Allgemeinentwicklung durchgemacht hat und in einer ganz anderen Weise urteilsreif wurde als der Durchschnitt der Jugend. So wurden ihm ethische Grundbegriffe anerzogen, die ihm ein absolut gutes und normales Urteil über ethische Handlungen ermöglichen, ohne daß sein eigenes Handeln in irgendeinem Verhältnis dazu steht. Vielmehr hat seine Vorgeschichte und sein Verhalten in der Anstalt gezeigt, daß er absolut antisozial veranlagt ist. Wir sehen also aus den bei ihm angestellten Versuchen, daß moralisches Fühlen und Handeln nach außen grundverschieden demonstriert werden können und fast lediglich von dem Intelligenzgrade des Prüflings abhängig sind. Sehr leicht möglich ist nämlich, daß derselbe Prüfling im Kreise der anderen Zöglinge die Auf-

gaben ganz anders eingeordnet und begründet hätte. Er weiß natürlich von vornherein, daß man sich nicht lediglich zur Unterhaltung mit ihm eine ganze Weile hinsetzt, sondern irgendein Ziel im Auge hat. Dieser Argwohn genügt vielfach schon, um die Antworten geschickt abzuwägen.

Deshalb ist von viel größerem Interesse als der Inhalt der Antwort die Art, wie der Prüfling sich an die Beantwortung der Fragen heranbegibt. Wir konnten da interessante Beobachtungen machen: Manche ordneten zwar noch ihre Aufgaben zögernd ein, wechselten jedoch schon auffallend häufig die Reihenfolgen; sobald sie aber ihre Begründungen geben sollten, sträubten sie sich mit Wort und Mimik, und es war trotz langer Bemühungen, sich in ihr Vertrauen einzuschleichen, unmöglich, ein Wort aus ihnen herauszubekommen, sie waren und blieben verstockt. Wieder andere gaben mit äußerst mißtrauischen Blicken ihre Begründungen kund, „glupten".

Aber man muß natürlich auch hier mit dem Urteil vorsichtig sein, denn vielfach handelt es sich um Schwachsinnige, die lediglich aus dem Gefühl der geistigen Insuffizienz heraus mit ihren Antworten zögern bzw. gar nichts sagen. Zeigt schon Fall I, daß eine gewöhnliche Prüfung in Schulkenntnissesn nicht aureicht, um den Intelligenzgrad zu bestimmen, so könnten wir an zahlreichen anderen Beispielen noch beweisen, wie schwierig es ist, ohne Vorgeschichte — und auch dann noch — lediglich aus solcher Prüfung ein Urteil über ethisches Empfinden zu fällen. Gewiß sind oft moralische und intellektuelle Minderwertigkeit bei demselben Individuum anzutreffen. Wie die Statistik aber lehrt, sind moralisches Handeln und Intellekt nur bedingt abhängig voneinander, und gerade unsere Untersuchungen bestätigen diese Tatsache, die von anderer Seite lebhaft bestritten wird. Schnitzer fand unter 31 bestraften Jugendlichen der pommerschen Erziehungsanstalten 14 geistig normale, 3 debile, 7 imbezille und 2 idiotische Zöglinge.

Aber auch das moralische Handeln anderer wird — entgegen *Jakobsohns* Untersuchungsergebnissen — nicht nach dem eigenen sittlichen Fonds des Prüflings beurteilt. Das geht deutlich aus den Urteilen über den Fall „Gewehrspielerei" hervor. Beinahe 50 % aller Prüflinge betonten, daß die Gewehrspielerei eine besonders schwere Tat ist, da das Gebot des Vaters übertreten wurde, und reihten deshalb dieses Delikt unter Nr. 4, 5 und höher ein. Einen Unterschied im Intelligenzalter konnten wir dabei nicht feststellen, dieser falschen Bewertung vielmehr in allen Altersklassen begegnen, obgleich die Übertretung der elterlichen Gebote im kleinen und im großen doch beinahe moralisch

sanktioniert ist in unserer heutigen Gesellschaftsordnung. Die psychologische Lehre, die wir aus dieser falschen Bewertung ziehen, ist, daß man in allen Altersstufen die Handlungen anderer strenger zu beurteilen pflegt als die gleichartigen eigenen. Denn zweifellos hätten dieselben Prüflinge bei sich eine gleichartige Handlung nicht so schwer bewertet. Hieraus einen Rückschluß auf einen ethischen Defekt zu ziehen, ist aber zweifellos zu weitgehend. Es handelt sich da wohl mehr um menschliche Schwächen oder Denkfehler. Ebenso ist es mit der Beurteilung des Falles „Stiefvatertötung". Den meisten Jugendlichen ist der Begriff Affekt noch gar nicht klar, er ist in ihnen noch nicht zur Reife gelangt. Auch nach Erklärung können sie sich noch nicht völlig in die Lage des Täters (hier der Stiefsohn) hineindenken. Immer wieder wird gesagt: „er hätte zur Polizei gehen können" oder „er brauchte nicht gleich den Stiefvater zu morden" u. a. m. Auch *Jakobsohns* Prüfungsergebnisse stimmen in diesem Punkte mit unseren überein. Diese Ergebnisse sind um so beachtenswerter, als ja der Jugendliche viel mehr zu Affekthandlungen neigt als der Erwachsene. Tatsächlich finden wir auch bei älteren Prüflingen mehr Verständnis für die Stiefvatertötung. Wieder begegnen wir also beim Jugendlichen einem Mißverhältnis zwischen Fühlen und Handeln, das keineswegs mit einem ethischen Defekt in Verbindung zu setzen ist.

Die Moralprüfungen bei Mädchen hatten ein fast völlig negatives Ergebnis. Es scheint darnach wirklich, als wenn sie sich dem Examinator noch besser anzupassen und ihr Urteil abzuwägen wußten mit dem Ziele, einen guten Eindruck zu machen. Dies liegt wohl an der Tatsache, daß die Mädchen sich noch besser einzufühlen verstehen. Sittliches Fühlen und Handeln können deshalb in einem absoluten Mißverhältnisse stehen. Aus diesem Grunde ist bei Mädchen noch mehr als bei Knaben jegliche mündliche Auseinandersetzung, auch Erklärung des Falles, zu vermeiden, denn vielfach wird der Prüfende doch sogar schon durch stärkere Betonung dieser oder jener Stelle beim Vorlesen der 7 Delikte seine eigenen Empfindungen unbewußt andeuten, die vom Prüfling übernommen werden. Im allgemeinen konnten wir bei den Mädchen nur durch ihr Verhalten bei der Prüfung feststellen, ob sie ihr Urteil nicht nur verstandes-, sondern auch gefühlsmäßig abgegeben hatten.

Jede der hier mitgeteilten Erfahrungen ließe sich durch ausführliche Beschreibung zahlreicher Fälle noch exakt beweisen. Wir nehmen davon Abstand, da bereits von anderer Seite ähnliche Erfahrungen mit der *Fernald*schen Methode gemacht wurden.

Zusammenfassend können wir sagen: Die Methode eignet sich nur für geistig Normale, höchstens noch für Debile. Im allgemeinen ist sie bei Jugendlichen unter 14 Jahren nicht anwendbar, da hier die Urteilsfähigkeit noch nicht genügend entwickelt ist. Von 16 Jahren aufwärts ist die Methode unzureichend, da infolge angelernter Urteile über ethische Fragen moralisches Urteil, moralisches Fühlen und moralisches Handeln grundverschieden sein können. Auch für die dazwischenliegenden Jahresklassen ist die Methode nicht zuverlässig, denn die Auswertung bleibt dem subjektiven Empfinden des Examinators überlassen. Dieses kann recht verschieden ausfallen, denn es gibt noch keine allgemein gültigen Thesen für sittliches Empfinden (Moralin). Zweifellos hat *Feilchenfeld* Recht, wenn er darauf hinweist, daß das, was wir Sittlichkeit nennen, nur Sitte ist.

Wertvoll ist die Methode für erweiterte Intelligenzprüfungen, besonders Prüfung der Urteilsfähigkeit von Erwachsenen, bei denen eine einfache Intelligenzprüfung nur einen unvollkommenen Aufschluß über ihre geistigen Fähigkeiten gibt. Die Methode bietet jedem nach seinem Können die Möglichkeit, ein mehr oder weniger differenziertes Urteil zu fällen. Für den Untersuchenden hat es den Vorteil, daß seine Zeit nur für die kurze Dauer der Antworten, die der Prüfling selbst spontan zu geben hat, in Anspruch genommen wird. Immerhin sind manche Antworten der Prüflinge auch im Sinne eines Spiegelbildes ihrer Moral zu verwerten und können so unsere aus Anamnese und eigener Beobachtung gemachten Erfahrungen erhärten. Ein tieferes Eindringen in das Seelenleben der Jugendlichen ermöglicht sie uns aber nicht. Hierzu ist und bleibt eine längere Beobachtungszeit erforderlich. Schaffung von besonderen Beobachtungsstationen für Jugendliche ist daher eine dringende Notwendigkeit.

Literatur.

1. *L. Jakobsohn*, Gibt es eine brauchbare Methode, um Aufschluß über das sittliche Fühlen eines Jugendlichen zu bekommen? Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 46, 1919. — 2. Derselbe, Über die *Fernald*sche Prüfungsmethode zur Feststellung des sittlichen Empfindens und ihre weitere Ausgestaltung. Neurol. Ztbl. 39, 178, 1920. — 3. *Ziehen*, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Berlin 1917. — 4. *Hermann*, Zur Frage der Prüfung des Besitzstandes an moralischen Begriffen und Ge-

fühlen. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 3, 291. — 5. *Levy-Suhl*, Die Prüfung der sittlichen Reife jugendlicher Angeklagter. Zschr. f. Psychotherap. 4. — 6. *Schaefer*, Elemente zur moralisch-psychologischen Beurteilung Jugendlicher. Zschr. f. pädag. Psychol. u. exper. Pädag. 14. — 7. *H. Schnitzer*, Bericht über psychiatrisch-neurologische Untersuchungen in Pommern. Zschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns 5, 1912. — 8. *Suttie*, Moral imbecility. Journ. of mental science Bd. 70, 1924.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

31. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 29. Mai 1926 im Hörsaal der Univ.-Nervenklinik Königsberg Pr.

Anwesend: *Borchardt*, *Buhtz*, *Bongers*, *Baumm*, *Dubbers*, *Falk*, *Fischer*, *Finckh*, *Goroncy*, *Goetze*, *Holthausen*, *Jablonsky*, *Jacob*, *Jonas*, *Klieneberger*, *Krakow*, *Lullies*, *Meyer*, *Moser*, *Nobbe*, *Ortlepp*, *Powels*, *Rattay*, *Schroeder*, *Schlüter*, *Stoeltzner*, *Wallenberg*.

1. *Baumm*: Fall von Hygromanie bei Schußverletzung des N. ischiadic. (erscheint ausführlich in der Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie).

2. Erfahrungen mit der Beschäftigungstherapie nach *Simon* in den hiesigen Provinzialanstalten:

a) *Goetze*-Allenberg: Ref. geht zuerst kurz auf die Grundprinzipien der Gütersloher Methode ein: Erhaltung des Verantwortungsgefühls, Bekämpfung der asozialen Neigungen bei den Geisteskranken und intensive Beschäftigungstherapie.

In einer alten Anstalt wie Allenberg ergeben sich mancherlei Schwierigkeiten. Die baulichen Verhältnisse sind keine glücklichen. Es fehlt an geeigneten Arbeitsräumen. Vor allem ist es schwierig — wohl ausgeschlossen — in einem alten Zellengebäude die Patienten dauernd zur Arbeit anzuhalten und zum sozialen Verhalten zu erziehen. Aber man ließ sich dadurch nicht abschrecken, sondern versuchte, was bei den gegebenen Verhältnissen zu erreichen war. Auf allen Stationen wurde die Arbeitstherapie intensiver gestaltet. Die Zahl der Arbeiter stieg bedeutend. Augenblicklich arbeiten nach Abzug der körperlichen Kranken auf der Männerseite 65%, auf der Frauenseite 79%. Die arbeitsfreie Zeit soll mit Spielen ausgefüllt werden. Es wurde eine Menge von Spielen angeschafft. Sehr beliebt ist das Grammophon. Im Winter war in jedem Monat eine Kinovorstellung. Der Anbau einer Radioanlage wird erwogen.

Da erst ein halbes Jahr in der neuen Richtung gearbeitet wird, ließ sich die Methode noch nicht ganz durchführen. Aber trotz der örtlichen Schwierigkeiten hofft man zum Ziel zu kommen.

b) *Nobbe*-Tapiau: Ref. betont die Wichtigkeit psychotherapeutischer Behandlungsmethoden bei Psychosen, da die ätiologischen Faktoren — zerebrale Prozesse und Störungen inkretorischer Drüsen — vorläufig therapeutisch nur wenig zugänglich sind.

Vor allem ist der Autismus zu bekämpfen, in dem die Hauptursache der bei Schizophrenien folgenden Demenz zu suchen ist.

Die von *Simon*-Gütersloh eingeführte Beschäftigungstherapie, die sämtliche Kranke zu erfassen versucht, leistet bei der Bekämpfung des Autismus gute Dienste, indem sie den in seine Wahnwelt versunkenen und immer tiefer versinkenden Kranken von dem Verkehr mit den eigenen Gedanken und seinen Halluzinationen ablenkt und wieder in Beziehungen zur Umwelt setzt.

Durch intensive Beschäftigung des Arztes mit jedem Kranken sollen auch Erregte, Gehemmte, Gesperrte und Negativistische zu irgend einer Arbeit gebracht werden, auf die sie ihre Aufmerksamkeit verwenden müssen.

In Tapiau, wo diese Methode seit September 1925 eingeführt ist, wird, wie in Gütersloh neben der Arbeit Wert auf soziales Zusammenwirken bei Gesellschaftsspielen und Reigentänzen gelegt. Die Beschäftigungsmöglichkeiten erstrecken sich vom einfachen Leinenzupfen, Strümpfestricken, Tütenkleben, Mattenflechten bis zu den qualifiziertesten Handwerken. Erregungszustände werden durch Dauerbäder, sparsam verwendete Sedativa und ganz kurze Isolierungen bekämpft. Es wird versucht, alle Kranke, auch Neuaufnahmen vom ersten Tage ebenso wie ältere, schon Demente, für eine Beschäftigung zu gewinnen. Die Arbeitsräume sind meist hell und freundlich; durch hochlehnige, oben mit Blumen geschmückte Bänke soll versucht werden, die Säle in eine Anzahl Einzelappartements umzuwandeln, die einerseits leicht zu übersehen sind, andererseits aber das Umsichgreifen einzelner Erregungszustände usw. unter den Kranken verhindern.

Es gelang bis jetzt, ungefähr 80% der Kranken für eine Beschäftigung zu gewinnen. Der Erfolg zeigte sich zunächst in einer Ruhigstellung der meisten Abteilungen, die für eine Irrenanstalt überraschend und neuartig ist. Die Hyperkinese, die motorische Erregung sind großen Teils durch gesunden Schaffensdrang, die katatone Fixierung und Pose durch sinnvolle Beschäftigung ersetzt. Wie sich die Beschäftigungstherapie noch weiter auswirken wird, bleibt abzuwarten. Jedenfalls scheint hier ein Weg zu psychotherapeutischer Beeinflussung Geisteskranker gewiesen zu sein.

c) *Powels*-Kortau: Vor Einführung der aktiveren Therapie sind die Kranken bei uns ebenso wie in den andern Anstalten auch in den mannigfachsten Betrieben beschäftigt gewesen, aber doch nur in beschränktem Ausmaße, und auch nur Kranke, die mit geringer Mühe zur Arbeit zu bewegen waren. Vor Einführung der Gütersloher Methode waren auf der Frauenseite beschäftigt 29,3%, zu Bett lagen 43%, auf der Männerseite waren die Verhältnisse etwas günstiger, es arbeiteten 37% und es waren nur 22% bettlägerig. Von Monat zu Monat haben sich dann die Prozentverhältnisse wesentlich gehoben und schon nach einem Monat beschäftigten sich auf der Frauenseite 59%, auf der Männerseite 66%, zu Bett lagen 28 resp. 20%. Diese Zahlen sind dann in Zukunft auch weiterhin, wenn auch langsamer angestiegen bis zur Höchstzahl von 73% beschäftigten und 13% bettlägerigen auf der Frauenseite, während die Verhältnisse auf der Männerseite nicht ganz so günstig waren. Ungefähr die Hälfte aller Bettlägerigen befand sich auf den beiden Siechenabteilungen, die andere Hälfte verteilte sich im allgemeinen auf je 3 unruhige Abtei-

lungen, während auf den übrigen Stationen nur hin und wieder ein körperlicher Kranker zu Bett lag. Wegen psychischer Unruhe lagen zuletzt auf der Frauenseite 6%, auf der Männerseite 8%. Es ist uns also gelungen, die meisten unruhigen und auch unsozialen Kranken, auch solche die jahrelang zu Bett gelegen hatten, doch aus den Betten herauszubringen und auch außer Bett zu halten, teilweise allerdings nur unter Verabfolgung von häufigeren Beruhigungsmitteln in Form von Einspritzungen von Scopolamin resp. Scopolamin-Morphium und feuchten Packungen, nach dem die Kranken immer wieder sofort unter die andern Kranken gesetzt wurden. Bei einem kleineren Teile der Kranken, vorwiegend bei den chronisch Erregten, ist es uns aber noch immer nicht gelungen, sie außer Bett zu halten, da sie durch ihr unsoziales Benehmen zu störend für die Umgebung waren und weil wir auch durch die starke Überbelegung der Stationen gezwungen sind, zu viel unruhige Elemente auf einer Station unterzubringen. Auf je einer unruhigen Aufnahmestation haben wir außerdem überhaupt keinen eigentlichen Tagesraum, sondern nur einen schmalen langen Korridor, und sind schon deshalb gezwungen dort Bett- und Dauerbadbehandlung anzuwenden. Die hochgradig unruhigen Aufnahmen werden im allgemeinen zuerst auf diese beide Stationen gelegt und nach Abklingen der stürmischen Erscheinungen auf halbruhigen Abteilungen untergebracht und zwar dann sofort außer Bett und unter Anhalten zu möglichst irgend einer Beschäftigung. Die depressiven Kranken lassen wir im allgemeinen schon am zweiten Tage aufstehen und geben ihnen sofort eine leichte Arbeit „Nähen, Stopfen, Stricken usw. in die Hand"; eine Ausnahme machen wir nur mit Kranken mit hochgradigem Insuffizienzgefühl und besonderer Neigung zum Selbstmord, aber auch diese Kranken halten wir möglichst nicht länger als 8—14 Tage zu Bett. Nach unsern Erfahrungen geht die Depression auf diese Art mindestens ebenso schnell zurück wie bei Bettruhe. Die katatonen Kranken werden prinzipiell aus den Betten herausgenommen und immer wieder zur Beschäftigung angehalten. Die alten und siechen Kranken haben wir versuchsweise auch heraus genommen, wir halten aber für die meisten dieser Kranken die Bettruhe für besser, weil sie außer Bett nur sehr schwer sauber zu halten sind und wegen der Gefahr der Selbstbeschädigung durch Knochenbrüche und andere Verletzungen, die sie sich infolge ihrer körperlichen Hinfälligkeit zuziehen könnten. Das ganze Anstaltsbild hat sich nun gegen früher doch schon recht günstig verändert, auf den meisten Stationen herrscht bereits eine recht erfreuliche Ruhe und Ordnung, während es andererseits auf einigen wenigen Abteilungen mit unruhigen Kranken doch noch häufiger zu recht lebhaften wörtlichen und auch tätlichen Auseinandersetzungen kommt. Es liegt dieses zum großen Teil auch daran, daß die baulichen Anordnungen lange nicht so günstig wie in Gütersloh, die Tagesräume im Durchschnitt für die große Anzahl der jetzt außer Bett befindlichen Kranken zu klein und durch das enge nebeneinander Sitzen der arbeitenden Kranken an langen Tischen zuviel Reibungsflächen gegeben sind. Von den jetzt außer Bett befindlichen Kranken sind nur etwa 83% zur Arbeit zu bringen gewesen. Die Untätigen setzen sich zusammen aus paranoisch Eingestellten, die bewußt jede Arbeit als ihrer unwürdig ablehnen, oder aus ganz Verwirrten resp. Verblödeten,

die überhaupt kein Verständnis mehr dafür haben. Die Beschäftigungsmöglichkeiten auf der Frauenseite sind recht mannigfach, neben Arbeiten in der Gärtnerei, Landwirtschaft, in den Anstaltsgärten, in den einzelnen Abteilungen der Wasch- und Kochküche, Maschinennähen und Weben werden Handarbeiten aller Art gemacht wie Nähen, Stopfen, Stricken, Körbchenflechten und für die geistig niedrig stehenden Zupfarbeiten. Produktive Arbeit leisten bei den Frauen 50% des Gesamtbestandes, bei den Männern nur etwa 36%. Die Männer wurden vorwiegend in der Landwirtschaft, in den Gärten, auf dem Gutshofe und in den Werkstätten beschäftigt, ein großer Teil wegen Mangel an sonstigen Beschäftigungsmöglichkeiten leider noch ziemlich unproduktiv mit Zupfen, einer Arbeit, die von ihnen gerade nicht sehr hoch eingeschätzt wurde. Für die freien Stunden und für die Sonntage waren den Kranken die verschiedensten Brettspiele wie Halma, Salta, Dame, fernerhin Lege- und Geduldsspiele zur Verfügung gestellt, die besonders von den Frauen sehr dankbar aufgenommen wurden und an denen sich allmählich auch solche Kranke beteiligten, die bisher geistig schon ziemlich abgestumpft erschienen. Zur Aufmunterung und Belohnung erhielten die Kranken außer den Frühstückszulagen an den Sonntagen auf der Frauenseite Bonbons, Keks oder etwas Ähnliches, während die Männer Tabak bekamen; an den großen Festtagen wurden regelmäßig Tanzvergnügungen auf dem Festsaal veranstaltet, die von den Kranken sehr gerne besucht wurden und bei denen sie sich auch im allgemeinen recht gesittet benahmen. Wenn nun also der Erfolg dieses ersten Halbjahres als ein recht guter anzusehen ist, so ist es mir doch etwas zweifelhaft, ob wir noch weitere nennenswerte Erfolge erreichen werden, da auf der einen Geschlechtsseite bereits ein gewisser Stillstand eingetreten ist. Zum Wohle unserer Kranken aber hoffe ich, daß bei konsequentem Zusammenarbeiten von Ärzten und Pflegepersonal, wobei meines Erachtens der Hauptwert zweifellos auf die Arbeit des Pflegepersonals zu legen ist, wir auch noch den Rest der Kranken zu nutzbringender Beschäftigung werden heranziehen und vor allem auch noch eine größere Ruhe und Ordnung auf den Stationen werden erzielen können, damit auch unsere Anstalt nach einer Reihe von Jahren wenigstens annähernd das Ideal von Gütersloh erreichen wird.

Diskussion. — *Klieneberger*-Königsberg: Die Arbeitstherapie ist in der Behandlung der Geisteskranken kein Novum. Sie war schon vor einigen Jahrzehnten in Holland bekannt und üblich, wurde in Deutschland von Geheimrat *Paetz* in Alt-Scherbitz eingeführt und in vielen Anstalten angewandt, in besonders großem Umfang in Emmendingen (Baden) durch Geheimrat *Haardt*. Dort arbeiten die Kranken in geräumigen Wasch- und Kochküchen, Näh- und Web-Sälen, werden in einer Buchbinderei, einer Schlosserei und Tischlerei beschäftigt. Besonders groß ist der Landarbeitsbetrieb, in welchem einzelne Kranke Sonderbeschäftigungen, Sonderposten haben, andere, Katatoniker besonders, die in gewissem Sinne automatisch mitarbeiten, in Gruppen schaffen. Auch Theater, Konzerte, Festlichkeiten werden den Kranken dort seit Jahrzehnten geboten. Der Arbeitsbetrieb ist auch in vielen Heilstätten für Trinker, Psychopathen, Unfallverletzte u. a. seit Jahrzehnten durchgeführt. Ich nenne das Hermannhaus in Schkeuditz bei Halle, das von

Windscheid in Leipzig gegründet wurde, und das Haus Schönow, in welchem ein Tagesprogramm durchgeführt wird, um Beruhigung, Sammlung, Selbstvertrauen, Arbeitswillen und Arbeitskraft zu geben. Nur die Tätigkeit ist es ja, die Freude, Kraft und Ruhe gibt, durch die natürliche Ermüdung von krankhaften inneren Einflüssen ablenkt und Lebensinhalt verleiht. In dem gemeinsamen Schaffen der Kranken, im Aufhören ihrer wenigstens z. T. üblichen Vernachlässigung, in der eingehenderen und persönlicheren Beschäftigung mit ihnen liegt zweifellos ein starkes suggestives Moment, das bessern und heilen kann, wie vor Jahrzehnten die in Deutschland besonders von *Cl. Neißer*-Bunzlau propagierte Bettbehandlung den erregten Kranken Ruhe gebracht hat. Auch die Bettbehandlung war nicht neu, wurde aber mit eben solchem Enthusiasmus wie jetzt die Arbeitstherapie in großem Stile aufgenommen und mit großen Hoffnungen und günstigsten Erfolgsberichten durchgeführt. Es wird zu leicht übersehen, daß eine solche Behandlung nur einer von vielen Wegen ist, der mit anderen zum Ziel der Krankenheilung begangen werden kann und muß. In der Überschätzung der Erfolge, die schon jetzt aus Anfangsberichten hervorgeht, liegt eine gewisse Einseitigkeit, ja eine gewisse Gefahr insofern, als die ärztliche Tätigkeit den anderen therapeutischen Maßnahmen gegenüber nicht genügend hervorgehoben wird. — Es folgt ein weiterer Hinweis auf die Familienunterbringung ruhiger Geisteskranker, die gleichfalls seit Jahrzehnten geübt wird und Arbeitstherapie ist. Es treten neue anregende Momente an den Kranken heran, die irgendwie Störungen in ihm erleichtern und auflösen können, wie wir auch sonst die Entlassung nach Hause, die Überführung in eine andere Anstalt nach langem Kranksein, den Besuch von Angehörigen bei monate- und jahrelang Geisteskranken ganz unvermittelt plötzlich den Zustand bessern sehen. Spiele und Sport geben vielfach Frische und Freiheit, Kräftigung des Körpers und der Seele, Appetit und Schlaf; die Beschäftigung, die natürlich nicht lediglich Beschäftigung sein darf, sondern zur Arbeit mit Zielen werden muß, schafft produktive Werte, die nicht nur ideell, sondern auch praktisch den Kranken fördern wollen und werden.

Dubbers-Allenberg: Nicht Arbeitstherapie, sondern Beschäftigungstherapie sollen wir die von *Simon* vorgeschlagene Methode nennen, denn Arbeit ist nutzbringende Tätigkeit, Beschäftigung kann auch Spielen sein. Dadurch wollen wir unsere Kranken nach Möglichkeit aus den Betten holen und sie an soziales Verhalten gewöhnen, dem dann die nutzbringende Arbeit von selbst folgt.

Diese Umstellung erfordert eine gewaltige Mehrarbeit seitens der Ärzte und des Pflegepersonals. Aufgabe der Ärzte ist es, sich mehr dem einzelnen Kranken zu widmen und die ihm eignende Beschäftigung zu finden und vor allem, das Personal auf die neuartige Methode einzustellen. Das Personal seinerseits wird durch die beständige Anregung — sei es zur Arbeit — sei es zum Spiel — in viel höherem Maße in Anspruch genommen.

Das zu erreichen wird, besonders in alten Anstalten mit unzweckmäßig gelegenen Krankenräumen und mit einem großen Bestand an alten, nie beschäftigten Anstaltsbewohnern nicht leicht sein und wird einen

längeren Zeitraum benötigen. *Simon* selbst hat, um dahin zu gelangen, wo er jetzt steht, lange Jahre gebraucht. Daß der Weg aber gangbar ist, sehen wir in der Lippeschen Anstalt Lemgo, der auch inzwischen Alt-Scherbitz und andere gefolgt sind.

Lullies-Kortau: Beschäftigungstherapie war nichts Neues — auch schon vor Alt-Scherbitz. Ebenso war die Bettbehandlung vor *Neißer* üblich. Das Verdienst *Simons* ist, daß er mit der Übertreibung der Bettbehandlung aufgeräumt und daß er das Gefühl der Verantwortlichkeit des Kranken zu wecken und aufrecht zu halten sucht.

E. Meyer-Königsberg: Die Klinik ist mit ihrer sehr großen Aufnahmezahl gegenüber einer kleinen Zahl von Betten und demgemäß sehr starkem Wechsel an Kranken wenig geeignet, um Erfahrungen über die *Simon*sche Beschäftigungstherapie zu sammeln, umsomehr, da an ihr an und für sich Bettbehandlung und Beschäftigungsversuche der Kranken schon immer nebeneinander hergingen, jedoch hat auch *M.* von der intensiveren Beschäftigung speziell auf der unruhigen Abteilung einen günstigen Eindruck gewonnen.

Zur richtigen Bewertung der Beschäftigungstherapie ist nach *M.*s Ansicht die Beantwortung der Frage notwendig, wie weit direkte Besserung und Entlassung mehr als früher durch sie erreicht werden.

An und für sich begrüßt *M.* die *Simon*schen Bestrebungen, da sie anscheinend geeignet sind, die Erreichung des idealen Zieles, die Anstalten für Geisteskranke den allgemeinen Krankenhäusern gleich zu stellen, zu fördern. Auch die wissenschaftliche Erkenntnis der psychischen Störungen sollte dabei gewinnen, wenn nicht die ärztliche Seite zu kurz kommen soll.

3. *Meyer*-Königsberg: Eugenetik (erscheint ausführlich in der deutschen mediz. Wochenschr.).

4. *Buhtz*-Königsberg i. Pr. (Institut für gerichtliche und soziale Medizin d. Univ.). Gesetzgebung und höchstrichterliche Rechtsprechung in Unfallsachen speziell bei Neurosen.

Nach Erläuterung der einschlägigen Paragraphen des B. G. B. und der R. V. O. und Erwähnung der entsprechenden Bestimmungen der Privatversicherungsgesellschaften ging der Vortragende an Hand der Entscheidungen des Reichsgerichts und des Reichsversicherungsamtes besonders eingehend auf den Begriff der Körperverletzung speziell des Unfalls sowie die Frage des Kausalzusammenhanges und seiner Unterbrechung ein. Die Abweichungen in der Beurteilung wurden besonders herausgearbeitet. Unfälle sind im juristischen Sinne Körperverletzungen. Was Unfall ist, wird verschieden definiert. Nach den Bestimmungen des Verbandes der deutschen privaten Unfallversicherungsgesellschaften ist der Unfall eine ärztlicherseits sicher erkennbare Körperbeschädigung, von welcher der Versicherte unfreiwillig durch ein plötzlich von außen mechanisch auf seinen Körper einwirkendes Ereignis betroffen wird. Es wird hier also zunächst die Betonung auf die Körper-Beschädigung gelegt und nicht ganz logisch der eigentliche Unfall, das Unfallereignis mit den daraus erst entstehenden Körperbeschädigungen konfundiert.

Das Reichsgericht definiert viel klarer den Unfall als ein körperlich schädigendes, zeitlich begrenztes Ereignis, welches in seinen Folgen den Tod oder die Körper-Verletzung des davon Betroffenen verursacht hat.

Das Reichsversicherungsamt endlich erfaßt den Unfall begrifflich als ein vom Willen des Geschädigten unabhängiges, zeitlich bestimmbares, in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum (bis zur Dauer einer Arbeitsschicht) eingeschlossenes Ereignis, das eine Körperverletzung, d. i. Schädigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder Tötung eines Menschen zur Folge hat. Der Ton liegt hierbei auf ein Ereignis. Es darf nicht eine Summe von im Einzelnen unerheblichen Einflüssen schädigend wirken (Berufs- und Gewerbekrankheiten). Dieses Ereignis muß in gewissen ursächlichen Beziehungen zum Betriebe oder zu der angeführten Tätigkeit stehen. Das Unfallereignis braucht kein außerordentliches, den Betrieb störendes zu sein; es kann vielmehr schon durch die gewöhnliche Betriebsarbeit oder Tätigkeit der Tatbestand des Unfalles erfüllt werden, wenn nur die Ursache der erfolgten Schädigung in der Betriebsarbeit zu suchen ist. Erforderlich ist, daß ein Kausalzusammenhang, ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und vorhandener Körperbeschädigung besteht. Nach ausführlicher Diskussion der verschiedenen Lehren über den Kausalzusammenhang wurde hervorgehoben, daß der Kausalzusammenhang nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes mit einer mindestens überwiegenden Wahrscheinlichkeit glaubhaft gemacht werden muß. Das Reichsgericht verlangt dagegen nur einen gewissen Grad objektiver Wahrscheinlichkeit. Aus den Entscheidungen des Reichsgerichts sowohl wie des Reichsversicherungsamtes ergibt sich, daß in dem speziellen Falle der Neurose bei Zugrundelegung der modernen Auffassungen eine Anerkennung einer Neurose als Unfallfolge so gut wie immer auszuschließen ist. Für den ärztlichen Gutachter folgt daraus, daß in allen Fällen ein Zusammenhang abzulehnen ist, wo Rentenkampfmomente, Furchtvorstellungen usw. hervortreten, ferner wo sich an einen ganz geringfügigen Unfall schwere nervöse Erscheinungen anschließen, die medizinisch in keiner Weise durch den Unfall begründet erscheinen, wo vielmehr die Schwere der Folgen auf eine bestehende Veranlagung hinweist oder wenn der zeitliche Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Auftreten der nervösen Erscheinungen nicht lückenlos ist. Ebenso würde der Zusammenhang auch in solchen Fällen abgelehnt werden müssen, wo durch Nachweis einer bestehenden Veranlagung das Vorhandensein und die Schwere einer nervösen Störung ungezwungen erklärt werden kann. Wenn aber nun die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs weder mit einem gewissen Grade objektiver Wahrscheinlichkeit in den Sachen, die das Reichsgericht angehen, oder nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, soweit sie das R.V.A. betreffen, nachzuweisen ist, kann eine vorhandene nervöse Störung nicht als Folge eines Unfalls anerkannt werden. Und das wird man bei protrahierten Störungen nur in seltenen Fällen sagen können.

Zu einem solchen Schlußurteil in seinem Gutachten kann aber der Arzt nur kommen, wenn er neben den medizinischen Fragestellungen,

die ja vorausgesetzt werden, die gesetzlichen Grundlagen und deren Erläuterungen sowie die höchstinstanzlichen Entscheidungen genau kennt.

5. *Finckh*: Zur Bedeutung der praktischen Intelligenzprüfung bei Geisteskranken.

E. prüfte mittels des Bogenschen „Käfigs" ohne Auswahl 100 Patienten der Klinik auf ihr praktisch-intelligentes Handeln. Als Parallelprüfung dienen 5 Tests (theoretisch-logische). Die praktische Arbeitsprobe wurde von fast allen Kranken gelöst. Von den theoretischen Fragen blieben im Verhältnis sehr viele unbeantwortet oder waren sprachlich mangelhaft. Es wurde versucht, für die Käfigprobe eine entsprechende Wertungsskala aufzuzeigen, nach welcher die Krankheitsgruppen der Qualität nach in folgender Durchschnittsreihenfolge rangierten: Psychopathen, Epileptiker, Depressive, Paralytiker, Schizophrene, Imbezille, endlich Senile. Auffallend gut schnitt beim praktischen Versuch die Mehrzahl der Paralytiker ab, beruflich waren es lauter sog. Nichtintellektuelle. Bei den Imbezillen und Senilen fiel eine stärkere Inkongruenz der praktischen mit den theoretischen Intelligenzleistungen zu ungunsten der letzteren auf, was mit der von anderen Untersuchern behaupteten größeren Widerstandsfähigkeit der praktischen Intelligenz psychischen Veränderungen gegenüber übereinstimmte. Ganz allgemein schnitten die männlichen Versuchspersonen bei der praktischen Intelligenzprüfung besser ab als die weiblichen: gute Leistungen vollbrachten die Hälfte der Männer und nur der vierte Teil der Frauen.

6. *Fischer*-Königsberg: Möglichkeit und Grenzen der Enzephalographie an Hand von 20 Fällen.

Vortr. demonstriert 20 Enzephalogramme mit besonderer Berücksichtigung ihres diagnostischen Wertes. Er hat lückenlos 20 Fälle eines bestimmten Zeitraumes (Ende 1925) zusammengestellt und stellt fest, daß ohne genaue klinische Untersuchung auch die Enzephalographie nur selten eine klare Diagnose ermöglicht. Erst wenn die Untersuchung am Krankenbette die Richtung gewiesen hat, kann in vielen Fällen das Enzephalogramm den Ausschlag geben. Namentlich bei der Unterscheidung zwischen genuiner und symptomatischer Epilepsie sehen wir oft überraschende Resultate. Das Material setzt sich zusammen aus 6 Fällen anscheinend „genuiner" Epilepsie, 6 Tumoren und einigen mehr oder weniger, klinisch unklaren organisch-zerebralen Prozessen, dazu eine Dementia praecox und eine progr. Paralyse. In vielen Fällen konnte eine besonders starke Erweiterung der Hinterhörner beobachtet werden, die manchmal bis an die Rinde des Okzipitallappens heranreicht. In keinem der Fälle ergab die Methode ein intaktes Gehirn, so daß der Schluß erlaubt ist, daß die Enzephalographie in weit stärkerem Maße als bisher herangezogen werden sollte, zumal sich erwiesen hat, daß bei richtiger Technik, geeigneter Auswahl der Fälle und einiger Erfahrung der Eingriff unbedenklich ist. Todesfälle sind bei den Untersuchungen der Univ. Nervenklinik Königsberg bisher nie beobachtet worden.

7. *Schnell*-Königsberg (war für die Sitzung bestimmt): Über das Verhalten der Pulsfrequenz bei Schizophrenie.

Es wurden Puls- und Temperaturkurven von Schizophrenen und Psychopathen bis zu 3-wöchentlicher Beobachtung aus dem Krankenmaterial der Klinik von 1920 bis 1921 sowie eine Unzahl eigener Fälle untersucht, letztere z. T. mit monatelang durchgeführten Kurven (nur Fälle mit sicherer Diagnose ohne anderweitige Komplikationen).

Es ergab sich:

	Dementia praecox.				Psychopath. Konstitution.
	Frauen.		Männer.		
Tachykardie, erhebl.	14....28%	62%	3.... 6%	50%	—....—
mäßig	17....34%		22....44%		5.... 5%
Norm. Pulzfrequenz	13....26%		14....28%		13....93%
Bradykardie, mäßig	6....12%		11....22%		2.... 2%
erhebl.	—....—		—....—		—....—
Zahl der Fälle	50		50		100

Unter den eigenen Fällen kamen Bradykardien mit wochenlanger Dauer bei einer Pulsfrequenz von 40—50 P. vor. Es genügt nicht, kurze Ausschnitte aus dem Krankheitsverlauf darzustellen. Die Kurven müssen möglichst gedrängt eingezeichnet und lange genug fortgeführt werden. Dann erst treten die Eigenheiten des schizophrenen Krankheitsverlaufs auch in dem Symptom der veränderten Pulsfrequenz zutage. Eine Einheitskurve ist nicht zu erwarten. Es lassen sich aber einige Typen im Verhalten der Pulsfrequenz unterscheiden. Erste Schübe zeigten oft folgendes Bild: „initiale“ Zacke (plötzlicher Anstieg bis zu 120—140—160 P. für die Dauer von 1—2 Tagen), nach einem Zwischenstadium von einigen Tagen mit annähernd normaler Pulsfrequenz (trotz psychisch gleichbleibender Ausprägung des Krankheitsbildes), Einsetzen der ersten großen Welle (Ansteigen und Absinken der Pulsfrequenz innerhalb von 3 Wochen) oft auch noch eine zweite solche Welle, bei der jedoch die Höhe der ersten nicht mehr erreicht wird, dann kontinuierliche oder unregelmäßig schwankende Tachykardie. Auch bei akuten Verschlimmerungen im Verlauf der Erkrankung zeigt sich oft in typischer Weise die initiale Zacke und Andeutung von Wellenbildung, die sich dann verliert oder ausgleicht. Die Beschleunigung der Pulsfrequenz geht oft um Tage der psychisch sichtbaren Verschlimmerung voraus. Veronalgaben wirken auch mitten im Schub pressorisch, setzen die Pulsfrequenz herab. In den Remissionen sowie im Intervall zwischen 2 Schüben annähernd normale Pulsfrequenz, auch wenn psychisch Residualsymptome vorhanden sind. Leichte Schübe mit gutartigem Verlauf und raschem Abklingen zeigen geringere Abweichungen von der Norm. Eine Sonderstellung scheint auch die Dementia paranoides einzunehmen. Auch halluzinatorische Zustandsbilder zeigen keine erheblichen Abweichungen. In einzelnen Fällen kann die Pulskurve differential-diagnostische Bedeutung haben. Im Stupor (Angstpsychosen, Katatonien) können Tachykardien auftreten. Ob die Tachykardie auf einen erhöhten Sympathikotonus hinweist und umgekehrt, die Bradykardie vagotonisch bedingt ist, ist zum mindesten fraglich. Auch primäre innersekretorische Störungen (wie beim Basedow) brauchen nicht unbedingt eine Rolle zu spielen. Man könnte an eine Regulationsstörung denken (Einsetzen des Prozesses in

der Gegend der vegetativen Zentren des Zwischenhirns), die sich sekundär sympathico- oder vagotonisch auswirkt, vielleicht auch auf dem Umwege über die Inkrete.

Tachykardie: nicht durch „seelische Erregung" oder motorisches Verhalten bedingt. (Dagegen spricht: Psychopathenkurven; Tachykardie im Stupor, Bradykardie bei motorischer Unruhe und Erregung). Deutlicherwerden der physiologischen Verhältnisse. (Pulsfrequenz bei Männern physiologisch geringer als bei Frauen, gesteigerte sympathische Erregbarkeit bei Frauen. In der Störung treten die Geschlechtsunterschiede deutlich hervor. Dies würde aber auch nur auf einen Wegfall der ausgleichenden höheren Regulationszentren hinweisen). Eigentümlich ist eine Periodizität von 21 Tagen (große Welle im Ansteigen und Abschwellen der Pulsfrequenz).

Es wäre dringend zu empfehlen, allen Arbeiten über die körperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox eine lückenlos geführte Pulskurve zugrunde zu legen. *Finckh*-Königsberg.

Aus unserer psychiatrischen Gutachtertätigkeit.

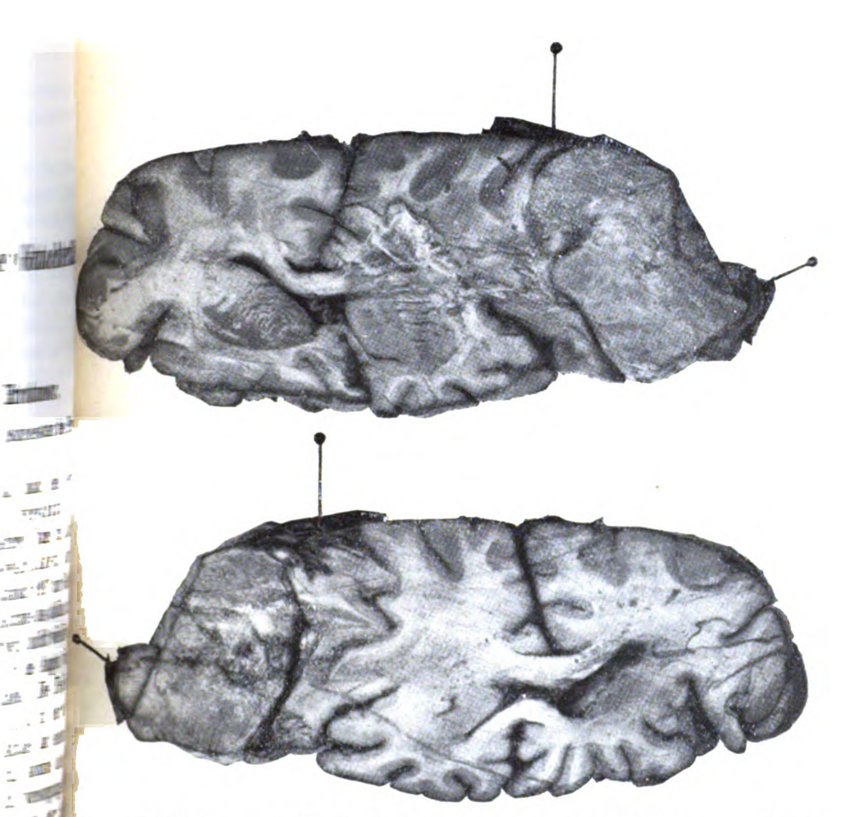
IV.

Kriegsverletzung und Hirntumor.

Von Regierungsmedizinalrat Dr. F. [illegible] Sonnenstein bei Pirna, Sa.[1]

[illegible] Jahre alt, nach den Versorgungs-[illegible] verschüttet, erst nach [illegible] bewußtlos mehrere Tage in Lazaretten, [illegible] Bewußtsein und Beweglichkeit, erst nach [illegible] Sprache wieder [illegible] Januar 1917 zur Genesungs-[illegible] entlassen. Konnte bis dahin nur kurz [illegible] schwer, nicht wieder arbeits-[illegible] bei denen er die Augen verdrehte, mit [illegible] manchmal dabei. Die Zuckungen [illegible] hauptsächlich in der rechten [illegible] mehrere solcher Anfälle an einem Tage, [illegible] Anfälle 1921, konnte aber nicht [illegible] 1921 versorgungsärztlich [illegible] als solle ihn der Schlag [illegible] könne die Augen nicht nach [illegible] den Kopf dahin zu drehen, [illegible] Parästhesien von der [illegible] Hand bis hinauf zur Schulter, [illegible] Körperneigung nach rechts. [illegible] Diagnose damals: trau-[illegible] Jahren Gehstörungen und Sprache [illegible] oft leicht benommen, viel [illegible] Nachlassen des Gedächtnisses bezw. Wechsel der [illegible] manchmal plötzliches Versagen der Gedanken. Seit 1922 [illegible] konnte, besonders [illegible] festhalten. Seit 1924 beträchtliche [illegible] bei Erregungen wieder manchmal [illegible] Herzaktionen. Appetitlosigkeit, große Hin-[illegible] nach der Landesanstalt Sonnenstein überführt. [illegible] Gesichts- u. Hautfarbe, ausdrucksloses [illegible] Unregelmäßige Atmung. Puls nicht ver-

[1] [illegible] in der [illegible] Vereinigung für inn. Medizin in Dresden [illegible]



Oberes Bild (Querschnitt durch Linsenkerngegend von vorn gesehen): rechts das linksseitige Endotheliom, von dem ein Stück zur mikroskop. Untersuchung herausgeschnitten ist. Oben und rechts seitlich die verdickte und teilweise infiltrierte Dura. Hochgradige Kompression der linken Hemisphäre mit Verschiebung der Seitenventrikel, des Balkens, der Linsenkerne usf.

Unteres Bild (Querschnitt weiter nach hinten, von hinten gesehen): ausgedehnte gelbe Erweichung der Marksubstanz der linken, weniger der rechten Hemisphäre, Tumor links, Verlagerung der Seitenventrikel nach rechts; links oben und seitlich wieder die durch Nadeln fixierte verdickte Dura.

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band LXXXVI Tafel I.
Zu Sievert, Kriegsverletzung und Hirntumor (Gutachtertätigkeit IV).

Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W. 10.

Aus unserer psychiatrischen Gutachtertätigkeit.

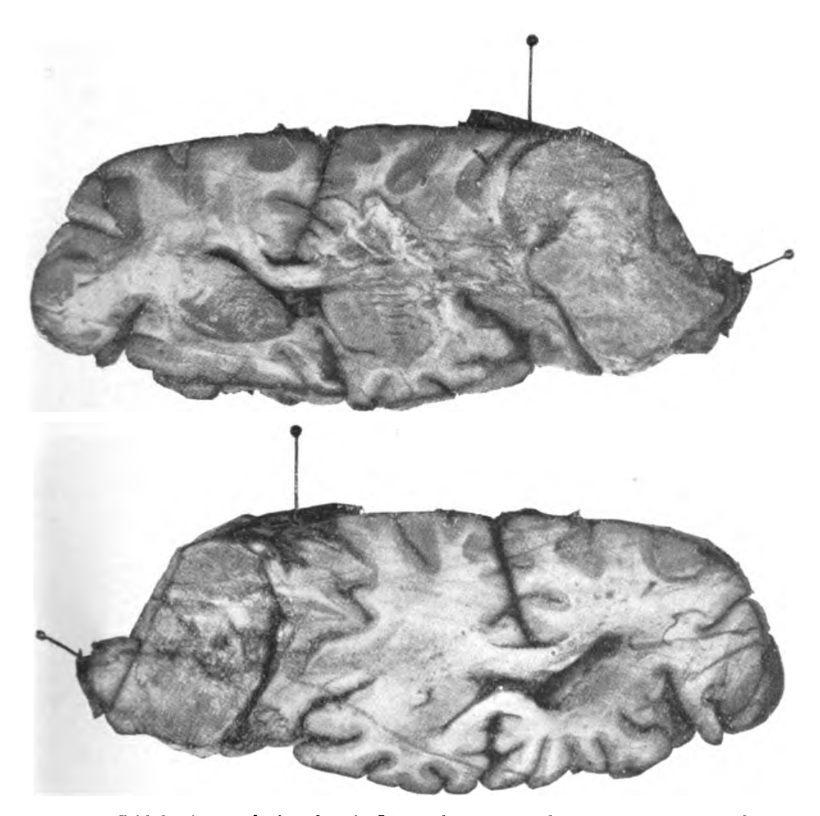
IV.

Kriegsverletzung und Hirntumor.

Von Regierungsmedizinalrat Dr. F. Sievert, Sonnenstein bei Pirna, Sa.[1])

Vorgeschichte: Sch..., 45 Jahre alt, nach den Versorgungsakten in der Sommeschlacht Anf. Okt. 1916 verschüttet, erst nach längerer Zeit ausgegraben, bewußtlos mehrere Tage in Lazaretten, erst allmählich Bewußtsein und Beweglichkeit, erst nach 3 Wochen die Sprache wiedererlangt. Januar 1917 zur Genesungskomp., März 1917 dauernd kr. u. entlassen. Konnte bis dahin nur kurze Strecken laufen, das Sprechen fiel ihm schwer, nicht wieder arbeitsfähig geworden. Seit 1920 Anfälle, bei denen er die Augen verdrehte, mit den Gliedern schüttelte, schrie manchmal dabei. Die Zuckungen sollen nach Angabe der Angehörigen hauptsächlich in der rechten Seite gewesen sein. Oftmals mehrere solcher Anfälle an einem Tage, schlief dann oft viel. Nachlassen der Anfälle 1921, konnte aber nicht mehr richtig laufen, fiel oft nach vornüber. 1921 versorgungsärztlich begutachtet: mehrfach Gefühl gehabt, als solle ihn der Schlag rühren, ständige Kopfschmerzen, könne die Augen nicht nach der rechten Seite wenden, ohne den Kopf dahin zu drehen, Kältegefühl der rechten Gesichtsseite, Parästhesien von den Fingerspitzen der rechten Hand bis hinauf zur Schulter, an den Zehen beiderseits Hitzegefühl. Körperneigung nach rechts. Keine ausgesprochenen neurolog. Symptome. Diagnose damals: traumatische Demenz. In den folgenden Jahren Gehstörungen und Sprache allmählich weiter verschlimmert, oft leicht benommen, viel Kopfschmerzen, Nachlassen des Gedächtnisses bezw. Wechsel der Gedächtnisschärfe, manchmal plötzliches Versagen der Gedanken. Seit 1922 schon Gefühllosigkeit in den Händen r.>l, konnte, besonders rechts, nichts mehr richtig festhalten. Seit 1924 beträchtliche Verschlechterung des Augenlichts, bei Erregungen wieder manchmal leichte Zuckungen. Bisweilen Herzklopfen. Appetitlosigkeit, große Hinfälligkeit. Am 25. 4. 25 nach der Landesanstalt Sonnenstein überführt. Klin. Befund: Gelblich-fahle Gesichts- u. Hautfarbe, ausdrucksloses Gesicht. Leichter Decubitus. Unregelmäßige Atmung. Puls nicht ver-

[1]) Demonstriert in der freien Vereinigung für inn. Medizin in Dresden am 17. 5. 1925.



Oberes Bild (Querschnitt durch Linsenkerngegend von vorn gesehen): rechts das linksseitige Endotheliom, von dem ein Stück zur mikroskop. Untersuchung herausgeschnitten ist. Oben und rechts seitlich die verdickte und teilweise infiltrierte Dura. Hochgradige Kompression der linken Hemisphäre mit Verschiebung der Seitenventrikel, des Balkens, der Linsenkerne usf.

Unteres Bild (Querschnitt weiter nach hinten, von hinten gesehen): ausgedehnte gelbe Erweichung der Marksubstanz der linken, weniger der rechten Hemisphäre, Tumor links, Verlagerung der Seitenventrikel nach rechts; links oben und seitlich wieder die durch Nadeln fixierte verdickte Dura.

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band LXXXVI Tafel I.
Zu Sievert, Kriegsverletzung und Hirntumor (Gutachtertätigkeit IV).

Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W. 10.

langsamt, kräftig. Herzbefund regelrecht. Bronchitis. Spur Saccharum. Beständige Kopfschmerzen. Leichte Benommenheit, doch Erinnerungsvermögen und Orientierung ganz gut. R. Bulbus weicht etwas nach außen ab, r. Pupille $>$ l., Lichtreaktion träge. Kein Nystagmus. Keine Klopfempfindlichkeit des Schädels. Leichte Facialis-, ausgesprochene Hypoglossusparese rechts, Zunge wird langsam, zitternd und unvollkommen vorgestreckt. Schluckt schlecht. Langsame bulbäre Sprache. Hochgradige Steigerung der Patellarreflexe, langanhaltender Achillessehnenklonus bdsts., *Babinsky* und *Oppenheim* +. Mäßige Spasmen in Armen und Beinen. Arme und Hände stets in Beugestellung, sehr schwacher Händedruck bei Atrophie der Zwischenhandmuskulatur r. $>$ l. Sensibilität an beiden Beinen, bes. Unterschenkeln, stark herabgesetzt. Fehlen des unteren und Abschwächung des oberen Bauchreflexes rechts. Fortwährendes Harnträufeln. Mastdarmfunktion erhalten. WaR in Blut u. Liquor negativ. Liquor gelblich gefärbt, unter sehr hohem Druck, 12 Lymphozyten im cmm, Nonne ++. Noch bevor die beabsichtigt gewesene augenspezialistische Untersuchung zustande kam, unter zunehmender Schwäche Exitus 7. 5. 25.

Obduktionsbefund: Ausgedehnte Druckatrophien des Schädeldaches mit Vorstülpungen von Pacchionischen Granulationen und Hirnvorstülpungen, papierdünne Orbitaldächer. Harte und weiche Hirnhäute sehr stark gespannt, zahlreiche stark gefüllte Gefäße. Harte Hirnhaut an der Konvexität bes. an einer Stelle über l. v. Zentralwindung fest mit darunter liegenden Hirnteilen verwachsen, vielfach auch sonst schwer ablösbar. Windungen stark abgeplattet. Kleinapfelgroße harte Vorwölbung in Gegend der linken Zentralwindungen, bezw. des hinteren Teils des Stirnhirns links usw. Auf Durchschnitten: Tumor, anscheinend von harter Hirnhaut pilzförmig ausgehend, größtenteils gegen Hirnsubstanz abgesetzt. Linke Hemisphäre stark komprimiert, ausgedehnte gelbe Erweichung, bes. l., in weißer Substanz, hochgradige Kompression und Verlagerung der Ventrikel, bes. des l. Seitenventrikels (vgl. Bild [1]). Histologisch: Endotheliom, wenig Stroma, alveolärer Bau, mit regionären Metastasen in der Dura (Reg. Med. R. Dr. *Spaar*, bestätigt durch Geh. R. Prof. *Schmorl*) [2]).

Gutachten: Annahme von Kr. D. B. wird nach dem ganzen Verlauf des Leidens als berechtigt anerkannt.

---

[1]) Die Photographien wurden von Querschnitten des Gehirns genommen, welche vor der Aufnahme nach der Methode von *E. Landau* (zit. in *Straßer*, Anleitung zur Gehirnpräparation 1920, Verl. *E. Bircher*, Bern und Leipzig) zur besseren Sichtbarmachung der Trennung von grauer und weißer Substanz mit Ferr. sesquichlorat. und nach Abspülen mit Wasser in einer schwachen (½—1%) Lösung von Rhodanammonium differenziert worden waren. Diese Methode eignet sich vorzüglich für photographische Darstellungen, welche sonst die graue Substanz zu wenig hervortreten lassen!

[2]) Nach *Cushing*, *M. B. Schmidt* u. a. sind diese Endotheliome arachnoidealen Ursprungs. *Cushing* schlug daher die bei uns nicht eingebürgerte Bezeichnung „Meningioma" vor.

Gründe: Anhaltspunkte für das Bestehen einer Erkrankung des ZNS vor der Kriegsverletzung liegen nicht vor. Sch. hat zweifellos bei der Verschüttung 1916 ein schweres Schädeltrauma erlitten: mehrtägige Bewußtlosigkeit, Störung der Sprache, Gehstörungen, die auf intrakranielle Blutungen bezw. Zerreißungen hindeuten. Besonders die Störungen der Sprache weisen auf den Sitz einer zentralen Verletzung in der Gegend der entsprechenden Zonen der linken Hemisphäre hin. Durch den Obduktionsbefund ist festgestellt, daß sich der Tumor an der Stelle der Meningen, auf welche die ersten Verletzungsfolgen hindeuteten, entwickelt hat. Der anatomische Nachweis der vorausgegangenen Verletzungen ist zwar weder an den Hirnhäuten, noch am Schädeldach noch am Gehirn selbst gelungen, da der große Tumor diese Verhältnisse verwischte, so z. B. ist der histologische Nachweis von Resten früherer Blutungen (Blutfarbstoffreste im Bereich der betr. Region) mißlungen. Auch die vorgefundenen Verwachsungen der Hirnhäute geben bei dem bestehenden Tumor für die überstandenen Verletzungen keinen sicheren Anhaltspunkt. Dagegen haben die klinischen Erscheinungen der Tumorentwicklung ebenfalls den Ausgang von der Verletzungsstelle genommen. Als solche traten, wie retrospektiv angenommen werden muß, seit 1920 epileptiforme Anfälle, bes. der rechten Körperhälfte, seit 1921 stärkere Druckerscheinungen (Lähmungsgefühle, ständige Kopfschmerzen, Blicklähmung nach rechts, Parästhesien der rechten Gesichtshälfte, des rechten Armes bis in die Schulter, Körperneigung nach rechts), später allgemeinere Hirndrucksymptome, die auch die linke Körperhälfte in Mitleidenschaft zogen, Sehstörungen, schließlich die im Aufnahmebefund beschriebenen schweren Symptome, stellenweise ausgeprägter in der rechten Körperhälfte, hinzu, die allmählich den Tod herbeiführten. Der Zeitpunkt, wann der Tumor sich entwickelt hat, ist nicht genau festzustellen, da erst nach einem Wachstum von erheblicherer Größe bedeutsamere klinische Symptome in Erscheinung zu treten pflegen. Daß dies erst 4 Jahre nach der Verletzung (1920) erfolgt ist, spricht nicht gegen die Annahme des Zusammenhanges zwischen Tumor und Verletzung, da von den meisten Pathologen anerkannt wird, daß in Narben die Gewebe noch jahrelang zu atypischer Wucherung neigen (vgl. z. B. *Hübschmann*, D. Z. f. Nervenheilk. 1920, 36, S. 1 ff.), und da es sich bei dem Endotheliom auch um eine Geschwulstart handelt, welche oft ein exquisit langsames Wachstum aufweist. So fand *F. Reiche* z. B. 12 Jahre nach einem erlittenen Kopftrauma bei der Operation eines Falles von Epilepsie

mit Jaksontyp ein kleinapfelgroßes Endotheliom der motorischen Region.

Der Beweis des ursächlichen Zusammenhanges von Trauma und Hirngeschwulst bzw. Geschwulst der Hirnhäute ist jedoch durch solche kasuistische Erhebungen, wie auch in unserem Falle, generell noch nicht ohne weiteres erbracht.

Es sind von namhafter Seite auf Grund wissenschaftlicher Erwägungen über die noch vielfach ungeklärten Kenntnisse der Geschwulstgenese erhebliche Zweifel über die Möglichkeit derartiger Zusammenhänge geäußert worden. So steht z. B. *Wilson* auf dem Standpunkte absoluter Ablehnung eines derartigen Zusammenhanges und gerade die Tatsache, daß trotz der zahllosen Schädelverletzungen des Weltkrieges so wenige Fälle beschrieben worden sind, spricht an sich gegen die Annahme der allgemeinen Bedeutung des Traumas für die Tumorätiologie. Seit der kritischen Äußerung *v. Hansemanns* im *v. Schjerning*schen Handbuche der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege (1921 Bd. VIII S. 53/56), daß, wenn die nähere Zukunft nicht bald Aufklärung über diese Verhältnisse bringe, nach den Kriegserfahrungen ein derartiger Zusammenhang nicht anzunehmen sei, sind außerordentlich wenig einschlägige Mitteilungen erfolgt, dies gilt insbesondere auch für Hirntumoren. *Jefferson* sah unter 3000 Schädelverletzten nur 3 Hirntumoren. Auch auf dem Unfallkongreß 1925 in Amsterdam ist eine endgültige Klärung der Frage „Tumor und Trauma“ noch nicht erfolgt. Aber der Hauptreferent — *Sauerbruch* — gibt die Möglichkeit zu, daß durch Traumen Geschwulstbildung ausgelöst bzw. — Wachstum beschleunigt werden können und betont, daß die Unfallbegutachtung zu dieser Frage praktisch Stellung zu nehmen genötigt sei, wenn auch strengste Kritik am Platze sei. Dieselbe Ansicht teilt *Hörnicke*.

Der begutachtete Fall Sch. hält u. E. trotz aller theoretisch-wissenschaftlichen Vorbehalte strengster Kritik nach der Lage unserer Kenntnisse stand.

Wir befinden uns bei ihm auch in wesentlicher Übereinstimmung mit den bekannten Unfallkritikern *Thiem*, *Mendel*, *Finkelnburg*, wenn wir urteilen:

1. Tumorerscheinungen vor der Kriegsverletzung sind ausgeschlossen.
2. Ein erhebliches Schädeltrauma ist nachweislich vorausgegangen.
3. Die klinische Entwicklung des Tumors an der Verletzungsstelle und Diagnose des Tumors sind gesichert.
4. Der zeitliche Abstand der Tumorentwicklung von der Verletzung

ist unter der Voraussetzung, daß in Narben, die wir in den Meningen als sicher vorhanden gewesen annehmen müssen, die Gewebe zu atypischer Wucherung neigen, ein nicht zu langer, zumal nach *Hübschmann* die Inkubationszeit für diese Fälle unbegrenzt sein kann und da es sich beim Endotheliom um eine Geschwulstart handelt, bei der das Wachstum seiner Natur nach ein langsames zu sein pflegt.

In dem Falle Sch. liegen außerdem — trotz des 8½jährigen Abstands der Auffindung des Tumors nach der Verletzung — so ausgesprochene klinische Brückensymptome vor, daß die direkten Verletzungsfolgen von der späteren Tumorentwicklung an der Verletzungsstelle unter den obigen Voraussetzungen für die Annahme der Kriegsdienstbeschädigung praktisch nicht zu trennen sind.

Thiem, Lehrbuch der Unfallheilkunde.

Mendel, Der Unfall in der Ätiologie der Nervenkrankheiten 1908.

Finkelnburg, Lehrb. der Unfallbegutachtung d. inn. u. Nervenkrankheiten 1920.

Hübschmann, Hirntumor u. Trauma, D. Z. f. Nervenheilkunde 1920 Bd. 36, S. 1.

v. Hansemann, Hat der Krieg die Entstehung bösartiger Geschwülste beeinflußt? in v. Schjernings Handb. d. ärztl. Erfahrungen im Weltkriege Bd. VIII.

Hörnicke, Geschwulstentstehung nach Kriegsverletzungen. Ref. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versich. Med. XXXII. Jahrg. 1925, Nr. 8 p. 190.

Sauerbruch, Geschwulst und Unfall. Ref. auf IV. Internationalen Kongreß f. Unfallheilk. u. Berufskrankheiten. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Vers. Med. XXXII, 1925 Nr. 12, pg. 275.

Wilson, Zusammenhang zw. Unf. u. Hirntumor. Ref. Z. Bl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1924, Bd. 37, S. 78.

Jefferson, cit. b. Regnold, Lancet Bd. 205, 1923 Nr. 1 Ref. Z. Bl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1924 Bd. 35, S. 105.

Cushing, Ref. Z. Bl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1923 Bd. 33, S. 142; 1922 Bd. 31, S. 25; 1923 Bd. 32 S. 11.

Reiche, Schädeltrauma u. Hirngeschwulst. Med. Klin. Jg. 17, Nr. 15, S. 433/34 1921. Ref. Z. Bl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1922 Bd. 26, S. 219.

Rand, Sarkom d. Meningen nach Kriegsverletzung, Proc. of the New York pathol. Soc. Bd. 22 Nr. 1/5 1923, Ref. Z. Bl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1923, Bd. 32 S. 296.

Wörth, Gliom u. Unfallfolge, Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Vers. Med. Jg. 30, Nr. 8 S. 170—190 u. Nr. 9 S. 194/97, 1923.

Vulpius, Perlgeschwulst der Schädelbasis als Unfallfolge. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Vers. Med. 1925, 32 Nr. 10, Ref. Z. Bl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1926 p. 883.

Ronge, Sur les Tumeurs dites endotheliomes de la dure-mère. Clin. neur. psych. Utrecht. Journ. de neurol. et de psych. 26, Nr. 1, S. 20/34. Ref. Z. Bl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1926 H. 1/2 p. 90.

Kleinere Mitteilungen.

Kurze Mitteilung über die Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie, Kaiser-Wilhelm-Institut, in München.

Ich komme sehr gern dem Wunsche der Schriftleitung nach, einen kleinen Bericht über die weitere Entwicklung der Forschungsanstalt zu geben. Den meisten Fachgenossen dürfte bekannt sein, daß wir unser gesamtes Stiftungskapital, mit dem wir einen Neubau hätten errichten und mit dessen Zinsen wir unseren Betrieb mindestens zum großen Teil hätten bestreiten können, durch die Inflation (bis auf einen Rest von ungefähr 30 000 Mark) verloren haben. Es wäre zu einem gänzlichen Zusammenbruch der Forschungsanstalt auf der Höhe der Inflation gekommen, wenn nicht unser erster Stifter, Herr Dr. h. c. *James Loeb* uns während jener Jahre mit einem regelmäßigen jährlichen Dollarakkreditiv gehalten hätte. Als dann die Umstellung auf die Goldmark kam und weit höhere Mittel notwendig wurden, hatten wir das große Glück, in den Verband der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft aufgenommen zu werden. Außer dem Präsidenten dieser Gesellschaft, Exzellenz *von Harnack*, und Herrn Dr. *Krupp von Bohlen und Halbach*, der einer der Mitbegründer der Forschungsanstalt ist, hat der Direktor der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft, Herr Dr. *Glum* uns dazu verholfen. Damit war der Weiterbetrieb ermöglicht und wir konnten unsere Arbeiten durch die großen Zuschüsse der Gesellschaft, die sie für uns bei den Reichsministerien erwirkte, fortsetzen.

Kurz vorher war *Kraepelin* von der Direktion der Klinik zurückgetreten, und es mußte ein neuer Vertrag zwischen Universität und Forschungsanstalt gemacht werden, da wir andernorts die beiden größten Abteilungen, die histopathologische und die serologische, nicht unterzubringen vermochten; sie mußten noch weiter gastweise in der psychiatrischen Klinik bleiben. Die Mittel zu dem von allem Anfang an geplanten Neubau waren in Deutschland infolge der schlechten Wirtschaftslage nirgends aufzubringen. Auf seiner Amerikareise mit *Plaut* hat sich *Kraepelin* sehr darum bemüht. Er fand dort bei dem Präsidenten der Rockefeller-Stiftung Dr. *Vincent* und bei Dr. *Abraham Flexner* volles Verständnis für seine Sache und sein Ziel. Den ersten persönlichen Unterredungen mit diesen Herren folgten dann vom September 1925 ab ausführliche Besprechungen über unsere Lage und über die Notwendigkeit eines eigenen Institutsbaues und der dazu erforderlichen Mittel. Der Chef des Medical board der Rockefeller-Foundation Dr. *Pearce* hatte den europäischen Geschäftsträger Herrn Dr. *Gregg* zu uns gesandt, und mit ihm wurde alles auf das eingehendste beraten. Herr Dr. *Gregg* nahm sich unserer Sache in wohlwollendem und verständnisvollem Interesse an, und in gleicher Weise

war der medizinische Sachverständige der Foundation, Dr. *Pearce*, um uns bemüht. Wir verdanken es vor allem diesen Ratgebern, ebenso wie den vorhin genannten Herren, daß sich die Trustees davon überzeugen ließen, daß die Münchener Forschungsanstalt für Psychiatrie ihrer Unterstützung wert sei.

Es war für *Kraepelin* eine außerordentliche Genugtuung, als wir im Juni 1926 eine Spende von 250 000 Dollar zugesichert bekamen unter der Bedingung, daß für den Etat in der künftigen Höhe gesorgt sei und daß die Forschungsanstalt die noch zur Bausumme fehlenden 600 000 Mark von anderer Seite beschaffe.

Diese zweite Bedingung ließ sich in absehbarer Zeit nicht erfüllen, da wir in Deutschland auf so große Zustiftungen nicht rechnen konnten. Wenn auch einer unserer Stifter, Herr *Alfred Heinsheimer*, uns zu diesem Zwecke in freigebigster Weise 100 000 Mark zur Verfügung stellte, so war doch die noch übrige Summe zu groß, als daß wir hoffen konnten, durch Ansammlung von Zuschüssen und Erübrigungen sie bald zu erreichen. Deshalb hatte sich *Kraepelin* entschlossen, die Rockefeller-Stiftung noch einmal zu bitten, die Hälfte dieses Restbetrages zuzustiften. Es war das an Dr. *Pearce* gerichtete Schreiben der letzte Brief, den er aufgesetzt und noch unterschrieben hatte. Ungefähr acht Wochen nach seinem Tode erhielten wir die Nachricht, daß die Rockefeller-Foundation diese Zustiftung beschlossen hatte unter der Bedingung, daß die Idee, die *Kraepelin* von der Forschungsanstalt vertreten hatte, verwirklicht, und daß der Stab seiner Mitarbeiter, so weit es möglich ist, an der Forschungsanstalt festgehalten würde.

Die noch fehlende verhältnismäßig kleine Summe wird in den nächsten beiden Jahren durch Zuschüsse von der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft, den preußischen Provinzen und der Stadt München aufgebracht werden.

Wir konnten deshalb beseits mit den Vorarbeiten zum Bau beginnen; der in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses Schwabing errichtet und in etwa $1^1/_2$ Jahren fertig sein wird. Die Stadt wird dort eine psychiatrische Krankenabteilung eröffnen.

Es ist hier nicht der Ort, unserem Dank an die Rockefeller-Stiftung Ausdruck zu geben; wir haben das schon an anderer Stelle getan und dargelegt, wie sich die Größe unseres Dankes nicht nur an unserer bisherigen Notlage mißt, sondern vor allem an der immer wiederkehrenden Gefahr eines gänzlichen Zusammenbruches unseres Institutes. In der am 5. Februar d. J. stattgehabten öffentlichen Sitzung unserer Forschungsanstalt habe ich das vorgetragen und dabei Gelegenheit genommen, über die Idee *Kraepelins* von einer psychiatrischen Forschungsanstalt, wie sie auch nach dem Willen der Rockefeller-Stiftung verwirklicht werden soll, zu sprechen. Zuvor hatte Professor *Plaut* in dieser *Kraepelins* Gedenken geweihten Stunde einen Nachruf gebracht, in welchem er — *Kraepelins* würdig — in aller Schlichtheit seine Persönlichkeit und seine Schaffensart kennzeichnete.

W. Spielmeyer.

Aufbewahrung der für die psychiatrische Erblichkeitsforschung wichtigen Gerichtsakten

von Geh. San.-Rat Dr. **Otto Snell** in Lüneburg.

Für die wissenschaftliche Erforschung der Geistesstörungen ist die Kenntnis der Erblichkeit von der größten Bedeutung. Auch praktisch ist für die Verhütung der Geisteskrankheiten, und damit für die Erleichterung einer der schwersten Lasten, von denen die Kulturvölker bedrückt werden, die Erblichkeitslehre die wichtigste Voraussetzung.

Alle Untersuchungen über die Erblichkeit der Geisteskrankheiten leiden unter dem großen Mangel, daß die Zahl der Generationen, die wir überblicken können, zu gering ist. Die meisten Menschen wissen kaum noch etwas über die geistigen Eigenschaften ihrer Großeltern anzugeben, und selbst in den Familien des höchsten Adels, bei dem die Aussichten auf zuverlässige Nachrichten über die Vorfahren am günstigsten sind, zeigen sich schon wenige Generationen aufwärts bedenkliche Lücken in der Kenntnis der Eigenschaften der einzelnen Vorfahren.

Für die Irrenärzte ist es immer ein Glück, wenn sie bei der Nachforschung nach den geistigen Eigenschaften der Vorfahren und Verwandten eines Kranken auf schriftlich festgelegtes Tatsachen-Material stoßen. Dies geschieht jedoch meistens nur, wenn Familienangehörige in ärztlicher Behandlung von Krankenhäusern, besonders Irrenanstalten, gewesen sind und die Krankengeschichten über ihren dortigen Aufenthalt erhalten geblieben sind. Ein verhältnismäßig seltenes Glück ist es, wenn einmal ein von einem Gerichte veranlaßtes psychiatrisches Gutachten erhalten ist. Aus einem solchen Gutachten erhält man fast immer ein brauchbares Bild von dem Geisteszustande des Untersuchten.

Da ist es nun geradezu ein Unglück für die psychiatrische Erblichkeitsforschung, daß alljährlich eine große Zahl der wertvollsten Gutachten vernichtet wird. Die Gerichte können ihre Akten nicht lange aufbewahren, weil das Aktenmaterial rasch zu allzu großen Bergen anwachsen würde und weil vom juristischen Standpunkte die Prozeßakten bald ihren Wert verlieren. Aber für die psychiatrische Beurteilung späterer Fälle, vielleicht der Urenkel und deren Urenkel, würden diese Gerichtsakten von größtem Werte sein.

Es fragt sich nun, ob es praktisch möglich ist, diesen bedauerlichen Zustand zu ändern.

Diese Frage möchte ich ganz entschieden bejahen.

Notwendig wäre allerdings, daß die Mühe der Aufbewahrung und Verwaltung derjenige übernähme, der Nutzen von dieser Arbeit erwartet. Das wäre diejenige Behörde, zu deren Pflichten die Fürsorge für die Geisteskranken, also im weiteren Sinne auch die Maßnahmen zur Verhütung der Geistesstörungen, gehört. Das sind die Regierungen der Länder, in Preußen die Provinzialverwaltungen.

Die Gerichte würden nur die Akten von psychiatrischem Interesse von der sonst regelmäßig stattfindenden Vernichtung ausnehmen und an die dazu bestimmte Verwaltungsstelle abliefern. Diese Verwaltungsstellen würden am besten in öffentlichen Irrenanstalten eingerichtet

werden. Es würde also z. B. die Direktion der Irrenanstalt A den Auftrag erhalten, die sämtlichen psychiatrisch wertvollen Akten der Landgerichte B und C und der zu ihnen gehörenden Amtsgerichte zu übernehmen, zu ordnen und zu verwalten. Als psychiatrisch wertvolle Akten hätten zu gelten alle Strafakten, die Entmündigungs- und Ehescheidungs-Akten. Vielleicht ließe sich dieser Kreis zweckmäßig noch erweitern, aber das ist eine Frage von untergeordneter Bedeutung.

Die Technik der Aufbewahrung könnte sehr einfach sein. Die einzelnen Akten bleiben nach den Gerichten geordnet, aus denen sie stammen, mit den Aktenzeichen, die sie tragen. Dies Aktenzeichen enthält auch das Jahr, in dem die Akte angelegt ist. Zu der Aufnahme der Akten sind Regale von erheblichem Umfange erforderlich, diese können aber in nicht heizbaren Räumen, sogar in Bodenräumen, aufgestellt sein. Nur gegen Feuchtigkeit, Ratten und Mäuse müssen sie vollkommen sicher geschützt sein. Sie bedürfen also einer gewissen Aufsicht und Pflege. In unmittelbarer Nähe der Aufbewahrungsräume muß ein heizbares Zimmer sein, in dem man die Akten lesen und Auszüge aus ihnen machen kann. Um die einzelnen Akten auffindbar zu machen, genügt ein Verzeichnis der Personen, auf die sich die Akten beziehen, mit Familiennamen, Vornamen, Geburtsort und Geburtsdatum. Ob von den so entstehenden Zettelkatalogen Kopien an Zentralstellen gesammelt werden sollen, ist eine Frage, die späterer Erörterung vorbehalten bleiben kann.

Die Benutzung des Aktenlagers würde dann etwa in folgender Art erfolgen: Bei der Aufnahme der Familiengeschichte eines Kranken erfährt der Arzt, daß in der Familie überliefert ist, ein Großonkel des Probanden, mit Namen *Joseph Huber*, geboren am 10. Januar 1835 zu München, sei ein streitsüchtiger Mensch gewesen, der viele Prozesse geführt habe. Der Arzt wendet sich an die Anstalt, die mit der Verwahrung der Münchener Gerichtsakten betraut ist; das Register ergibt, daß von dem bezeichneten *Huber* eine Entmündigungsakte eines Münchener Amtsgerichtes und eine Ehescheidungsakte eines Münchener Landgerichtes vorhanden sind, aus denen wahrscheinlich brauchbare Nachrichten über die geistigen Eigenschaften des *Huber* entnommen werden können.

Mein Vorschlag wird auf Widerspruch stoßen; besonders werden viele Anstalts-Direktionen wenig Neigung haben, sich die langweilige Arbeit der Aktenregistrierung aufbürden zu lassen. Dieses Opfer muß aber gebracht werden, wenn nicht dauernd wertvollstes Material verloren gehen soll.

Propaganda für unsere Irrenanstalten.

Direktor *Bratz* in Berlin-Wittenau hat in Nr. 47 der „Woche“ einen Aufsatz erscheinen lassen, den er „Fortschritte in der Psychiatrie“ nennt und dem die Redaktion zur Unfreude des Verfassers den Titel „Abgründe der Seele“ vorangesetzt hat. Es scheint mir angebracht, auf diesen sehr gut geschriebenen Aufsatz aufmerksam zu machen und denselben zur Nachahmung zu empfehlen.

Wir kennen ja nur zu gut die trüben Vorstellungen, welche bei Laien über Geistestörungen und Irrenanstalten verbreitet sind. Nur ein Teil unsrer Kranken ist offen dankbar. Selbst die Genesenen unter ihnen schweigen aus Scheu, einen vermeintlichen Makel zu bekennen, vor anderen gern über ihr überstandenes Leiden. Die Halbgenesenen und Ungeheilten aber, vor allen die Querulanten, glauben sich zu Klagen berechtigt, weil ihnen die Krankheitseinsicht fehlt. Dies und alte Erinnerungen an die Vernachlässigung und schlechte Behandlung, denen die Geisteskranken in früheren Jahrhunderten — wohl mehr aus Unverstand als bösem Willen — ausgesetzt waren, erklären hinreichend das zweifelhafte Ansehen eines Berufes beim Publikum, den man als einen der humansten und inhaltreichsten ansehen muß. Bekannt ist auch, daß in neuerer Zeit die Revolution das Mißtrauen gegen die Irrenanstalten in besonderem Maße aufgewühlt und lebhafte Angriffe gegen dieselben im Gefolge gehabt hat. Noch nachträglich haben wir einen Beweis für diesen Zusammenhang in dem Entwurf eines sog. „Irrenschutzgesetzes" des Jahres 1924 gehabt, welcher — wie behauptet wurde — ein Gesetz zum Schutze der Geisteskranken nicht mit Hilfe der Ärzte, sondern zum Schutze vor denselben anstrebte. Alsbald nach der Revolution war denn auch die Öffentlichkeit verschiedentlich durch Anklagen gegen unser Irrenwesen beunruhigt worden, und auf der Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Dresden im Jahre 1921 wurde verabredet, daß eine Anzahl von Kollegen unter der Leitung von Prof. *Hoche* Feindseligkeiten gegen unser Irrenwesen, die sich von neuem in der Öffentlichkeit zeigen würden, bekämpfen sollten. Wider Erwarten hat sich bisher, soweit bekannt, nichts ereignet, was die Kollegen hätte veranlassen können, auf den Plan zu treten. Daraus aber schließen zu wollen, daß die öffentliche Meinung sich geklärt und den Irrenanstalten gegenüber sich freundlicher gestaltet hätte, würde verfehlt sein. Dafür liegen die Gründe ihrer Mißleitung zu tief, und dem widerspricht die symptomatische Bedeutung des genannten Gesetzentwurfs. Jeden Augenblick kann wieder ein Fall angeblicher Freiheitsberaubung in die Öffentlichkeit geworfen und als neuer Beweis für die Gefährlichkeit der Irrenanstalten ausgenutzt werden. Und zu jeder Zeit kann ein neuer Gesetzentwurf herauskommen, von dem wir im voraus nicht wissen, ob er besser sein wird als sein übler Vorgänger. Kenner und Freunde unseres Irrenwesens, wie seinerzeit der Landesdirektor und spätere Staatssekretär Graf *Posadowsky-Wehner*, die einen solchen Entwurf verhindert hätten, braucht es in der Regierung nicht immer zu geben. Wir sollten daher mehr als bisher aufklärende und vorbeugende Arbeit leisten, um eine Stimmung in der Öffentlichkeit zu erzeugen, welche durch kein ungünstiges Vorurteil beeinflußt ist.

Auf der Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Leipzig, welche der erstgenannten folgte, hat *Rein*-Landsberg[1]) auf verschiedene Wege hingewiesen, auf denen man aufklärend wirken kann. Von allen gangbaren Wegen wird die Benutzung der Presse bei der weiten Verbreitung der Tageszeitungen und Wochenschriften wohl den meisten Erfolg versprechen, doch verdienen auch die von *Rein* empfohlenen Mittel alle Beachtung. Da die Irrenpflege nicht nur ein humaner Beruf, sondern auch

[1]) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 79. S. 322.

ein interessantes Gebiet ist, so werden die Zeitungsredaktionen, die für alles Interessante ein besonderes Verständnis zu haben pflegen, meist auch gern bereit sein, Aufsätze aus demselben anzunehmen. Die „Woche" hat sich den Artikel von *Bratz* sogar selbst verschrieben. Wir können durch diese Bemühungen unsere Kranken vor Schaden bewahren und ihnen namentlich dadurch nützen, daß sich das Vertrauen des Publikums zu den Anstalten hebt und als Folge davon die Kranken früher zu denselben gebracht werden, als es bis jetzt vielfach noch geschieht.

Verhehlen möchten wir nicht, daß die Aufgabe, aus unserem Fach für die Öffentlichkeit zu schreiben, nicht so leicht ist, als es scheinen möchte. Es gehört nicht nur ein gutes Wissen, sondern auch viel Takt dazu. Aus diesem Grunde, noch mehr aber, weil es sich hier um eine gemeinsame Angelegenheit unseres Berufs handelt, welche eine gewisse Leitung und einen gemeinsamen Arbeitsplan verlangt, erscheint es empfehlenswert, daß die vorerwähnte Dresdener Verabredung erweitert, auf die hier besprochene Werbearbeit ausgedehnt und Professor *Hoche* gebeten würde auch für die erweiterte Arbeit die Leitung zu übernehmen. *F. Schaefer*-Lengerich.

Die finnländische, schwedische und polnische Regierung haben den Antrag beim Völkerbund gestellt, die Alkoholfrage in das Programm des Völkerbundes aufzunehmen. Das internationale Büro zur Bekämpfung des Alkoholismus schlägt entsprechende Untersuchungen vor z. B. über die sozialen Wirkungen des Alkoholismus, das Ergebnis der gegen den Alkoholismus getroffenen gesetzgeberischen Maßnahmen, die alkoholgegnerische Unterweisung.

Verschiedentlich ist in der letzten Zeit wieder darüber geklagt worden, daß beim Krankenpflegepersonal der Heil- und Pfleganstalten eine gesetzliche Unfallfürsorge fehle. Unter diesen Umständen ist es nicht ohne Interesse, mitzuteilen, wie diese Angelegenheit in Sachsen geordnet ist. Hier sind die Pfleger und Schwestern schon lange Beamte und fallen somit unter das Gesetz die Unfallfürsorge betreffend vom 1. Juli 1902. Nach diesem erhalten die Beamten der Staatszivilverwaltung, wenn sie infolge eines im Dienst erlittenen Unfalls dauernd dienstunfähig werden, als Pension $66^2/_3$% ihres jährlichen Diensteinkommens. Wenn solche Beamte infolge eines Dienstunfalls nicht dauernd dienstunfähig, aber in ihrer Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt worden sind, so erhalten sie bei ihrer Entlassung aus dem Dienst als Pension für die Dauer der völligen Erwerbsunfähigkeit $66^2/_3$% des jährlichen Diensteinkommens und im Falle teilweiser Erwerbsfähigkeit für deren Dauer denjenigen Teil der vorstehend bezeichneten Pension, der dem Maße der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit entspricht. Ist der Verletzte infolge des Unfalls nicht nur völlig dienstunfähig, sondern auch derart hilflos geworden, daß er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann, so ist für die Dauer dieser Hilflosigkeit die Pension bis zu 100% des Diensteinkommens zu erhöhen.

Solange der Verletzte aus Anlaß des Unfalls tatsächlich und unverschuldet arbeitslos ist, kann die Pension bis auf 66²/₃ des jährlichen Diensteinkommens vorübergehend erhöht werden. Steht dem Verletzten nach anderweiter Bestimmung ein höherer Betrag zu, so erhält er diesen. Nach dem Wegfall des Diensteinkommens sind dem Verletzten außerdem die noch erwachsenden Kosten des Heilverfahrens zu ersetzen. Für die Hinterbliebenen gelten besondere Bestimmungen. Laut verschiedener ministerieller Verordnungen sind als Beamte im Sinne dieses Unfallfürsorgegesetzes auch die Hilfspfleger und Hilfsschwestern, ebenso die Hilfswärter und Wärterinnen anzusehen.

G. I.

Kassenabschluß

der Kasse des Deutschen Vereins für Psychiatrie vom 15. September 1926.

A. Einnahmen:

1. Bestand vom 31. März 1926		1582,91 RM.
2. 510 Mitgliederbeiträge zu je 5,— RM. =		2550,— „
3. Zinsen von der Stolper Bank, hier,		
a) für ein Sparbuch	36,40 RM.	
b) für das Konto	13,63 „	50,03 RM.
Summe der Einnahmen:		4182,94 RM.

B. Ausgaben:

1. An Geheimrat Dr. *Ilberg*, Sonnenstein, Auslagen für Porto, Druckkosten pp.	247,90 RM.	
2. An Geheimrat Dr. *Mercklin*, Treptow, Auslagen für Porto, Schreibgebühren pp.	72,30 „	
3. Druckkosten	364,10 „	684,30 RM.
Bleibt Bestand am 15. 9. 26.		3498,64 RM.

Sparbuch der Stolper Bank	699,40 RM.
Konto der Stolper Bank	2513,90 „
Konto der Stadtsparkasse, Treptow	264,35 „
in bar	20,99 „
zusammen wie oben:	3498,64 RM.

Die Kriegsanleihen pp. sind zur Aufwertung angemeldet, 5500 PM. in Pfandbriefen befinden sich im Gewahrsam des Schatzmeisters.

Treptow a. R., den 15. September 1926.

Der Schatzmeister: Dr. *Mercklin*.

Personalnachrichten.

Verstorben:

Dr. *Schauß*, Sanatorium Zepernick bei Berlin,

der außerordentliche Professor für ger. Psychiatrie Dr. *Buchholz* in Hamburg-Friedrichsberg.

In den Ruhestand trat Medizinalrat Dr. *Wagner*, leitender Arzt der Heilstätte für Nervenkranke Gießen.

Es habilitierte sich für gerichtliche und soziale Medizin: Gerichtsmedizinalrat Dr. *Straßmann* an der Breslauer,
und für Neurologie und Psychiatrie Privatdozent Dr. *Scholz* an der Leipziger Fakultät,
für gerichtliche Medizin Dr. *Kurt Walcher* in München.

Gewählt wurde zum leitenden Arzt der Trinkerheilstätte Seefrieden bei Moritzburg, Bez. Dresden, Regierungsmedizinalrat Dr. *Hörmann*-Dresden.

Die nervenärztliche Behandlung der schulpflichtigen psychopathischen Knaben des Johannesstifts Spandau wurde dem Psychiater Dr. *Emanuel* übertragen.

Fortsetzung von Seite 2 des Umschlages.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Aus unserer psychiatrischen Gutachtertätigkeit.

Kleinere Mitteilungen.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Wiesloch, KLEIST-Frankfurt a. M., LAEHR-Wernigerode, MERCKLIN-Treptow a. R., PERETTI-Grafenberg

DURCH

GEORG ILBERG
SONNENSTEIN BEI PIRNA A. E.

SECHSUNDACHTZIGSTER BAND

DRITTES, VIERTES UND FÜNFTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 16. MAI 1927



BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

1927

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

3./5. Heft.

Originalien.

Fortsetzung auf Seite 3 des Umschlages.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie“ kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 33 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 2 bis 3 Bände, deren Hefte alle 3 bis 4 Wochen zur Ausgabe gelangen. Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie, deren Bestellungen der Verein entgegennimmt, wird die Zeitschrift für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den Herausgeber Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Ilberg in Sonnenstein bei Pirna (Sa.),

Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Medizinalrat Dr. Helmut Müller in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

Die Herren Mitarbeiter erhalten für Originalbeiträge M. 24.— Honorar für den Druckbogen und 25 Sonderdrucke kostenlos; Vereins- und Versammlungsberichte, von denen dem Generalberichterstatter 25, den einzelnen Referenten je 12 Sonderdrucke kostenlos geliefert werden, werden nicht honoriert. Für eine weitere Zahl von Sonderdrucken werden die Selbstkosten berechnet.

Über die akute Alkoholhalluzinose [1]).

Von

Dr. **Hans Dielmann**, Assistent der Klinik.

Über die Seltenheit der Alkoholpsychosen während des Krieges ist in der umfassenden Arbeit der Deutschen Forschungsanstalt sowie in den Veröffentlichungen von *Bonhoeffer*, *Fürst*, *Peretti*, *Wagner-Jauregg* und *Weichbrodt* eingehend berichtet worden. Die wieder zunehmende Häufigkeit hat *Ivanyi* schon 1922 betont.

In unserer Klinik sind vor dem Kriege wie auch in den ersten Jahren nach dem Kriege Alkoholpsychosen (Delirien und Korssakowsche Psychosen) nur in ganz vereinzelten Fällen beobachtet worden. In neuerer Zeit jedoch hat sich die Zahl der zur Aufnahme gelangten Patienten mit Alkoholpsychosen auffallend vermehrt. Bemerkenswerterweise handelt es sich hierbei fast in allen Fällen um (z. T. sehr kurz dauernde) Alkoholhalluzinosen, eine Form alkoholischer Geistesstörung, die in unserer Klinik bisher so gut wie nie zur Beobachtung gelangt ist. Insgesamt sind es sechs derartige Kranke; darunter befindet sich ein Trinker, der dreimal aufgenommen wurde.

Besonders beachtenswert aus diesem Material erscheinen mir ein Fall mit akuter Alkoholhalluzinose (Fall I) sowie die Krankengeschichte eines Patienten (Fall II) bei dem auf eine akute Alkoholhalluzinose ein Delirium tremens folgte.

Krankengeschichte Fall I. Der siebenundvierzigjährige, verheiratete Schlosser P. wird am Vormittage des 13. Januar 1926 auf Veranlassung des ihn behandelnden praktischen Arztes von Angehörigen und Krankenwärtern in die Klinik gebracht. Kurze Vorgeschichte nach Angabe von Ehefrau und Bruder: „In der Familie keine deutlichen psychischen Besonderheiten; er war vor dem Kriege ein ruhiger, tüchtiger Mensch; nach dem Kriege hatte er viel getrunken (Bier, Wein, Schnaps usw.), und es gab viel Streitigkeiten mit der Frau, sodaß er seit zwei Jahren getrennt von ihr lebt. Jm Dezember 1925 kam er einmal nachts betrunken in die Wohnung der Frau und erklärte, er wolle sie erdrosseln. Im ganzen ist er aber geistig gesund gewesen bis Samstag, den 10. Januar 1926. Da glaubte er nachts, seine Frau habe ihn gerufen; er ging ihr nach und meinte, sie sei ins Wasser gefallen; er begab sich zur Polizei und beschuldigte sich, seine

---

1) Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Würzburg (Direktor: Prof. Dr. *Martin Reichardt*).

Frau ins Wasser geworfen zu haben. Zu Hause war er dann unruhig, schlief nicht, hat nur wenig gegessen."

Bei der Aufnahme ist P. zugänglich, man kommt mit ihm leicht in Rapport; er ist nach allen Richtungen hin sehr gut orientiert; Pupillen in Ordnung, kein Tremor. „Ich habe es an den Nerven gehabt, es ist eine Illusion gewesen. Ich habe mich über nichts aufgeregt, auch wegen meiner Frau nicht, Alkohol habe ich damals nicht getrunken. Am Sonntag, den 10. Januar abends hörte ich von der Straße meinen Namen rufen, ich schaute zum Fenster hinaus und sah im Lampenschein eine Frau stehen, die beständig zu mir heraufschaute, ich war im Glauben, es wäre meine Frau, da wir getrennt leben. Ich zog meine Kleider an und ging hinunter, ich ging den Main entlang und schaute mich um; plötzlich sah ich einen Schatten vor mir. Als ich darauf hinkam, flüchtete er vor mir direkt auf den Main zu, als ich genau hinschaute, waren es zwei Schatten; ich ging schräg auf das Ufer zu und da hörte ich, wie die Eine sagte: „Tue es nicht!" und die Andere sagte: „Du gehst auch mit." Ich hörte ein Plätschern; als ich näher kam, vernahm ich noch: „Der Schorsch war es nicht", wahrscheinlich war ich gemeint. Ich rief um Hilfe, aber ich sah im Wasser nichts mehr. Ich lief das ganze Ufer entlang bis zum Kraftwerk, trommelte mit beiden Fäusten an die Tore, aber niemand hörte, endlich fand ich eine Schelle; wir schauten dann am Rechen nach, fanden aber nichts. Es wurde die Polizei antelephoniert, ich gab alles an. Man ließ mich fort, ich hatte keine Ruhe, ging selbst auf die Polizei, wurde vom Kommissar vernommen; derselbe fragte mich, ob ich schon nachgeschaut hätte, ob meine Frau zu Hause sei. Ich verneinte dies, er gab mir einen Schutzmann mit; als wir in die Wohnung kamen, war die Frau zu Hause. Ich sagte dann auf der Polizei, wieder angekommen, es wäre das Fräulein B. nebst ihrer Freundin, aber auch das war hinfällig, denn die Beiden kamen auch zu Hause wieder an. All dies sehe ich als Illusion an und rechne es meinen Nerven zu, die mich plötzlich überfallen haben, jedenfalls vom Kriege her und von der Überanstrengung der Arbeit. Dies ist die wahre Begebenheit."

Auf der Station schreibt er dann: „Ich fühle mich wieder wohl und gesund und bitte den Herrn Professor höflichst mich morgen zu entlassen, damit ich mit meiner Frau nach Hause kann. Ich möchte die vier Tage bis Sonntag zur weiteren Erholung zu Hause zubringen; denn ich möchte am Montag die Arbeit wieder ergreifen".

P. bietet die nächsten acht Tage unverändert das gleiche Bild. Neurologisch, psychisch und serologisch ist er völlig in Ordnung, Urin o. B. Er hat auch weiterhin durchaus Einsicht in das Krankhafte seiner oben geschilderten Erlebnisse. Neu hinzutretende Sinnestäuschungen und Wahnideen gibt er nicht an, aus seinem Verhalten ist auf solche nicht zu schließen. Intellektuell ist er guter Durchschnitt, Alkoholabusus kurz vor seiner Erkrankung wird verneint. Akuter schizophrener Schub? Akute Alkoholhalluzinose?

Am 22. Januar wird P. im Kolleg vorgestellt. Dort macht er (unerwarteterweise) folgende Angaben: „Ich bin vom 2. bis 10. Januar krank gewesen, im Magen; ich habe öfters gebrochen, einige Tage lang nichts gegessen. Ich bin stets zu Bett gelegen, Alkohol habe ich in der Woche, wo ich krank war, nicht getrunken. Vorher habe ich regelmäßig sechs bis

zehn Glas Bier getrunken, Schnaps nur wenig, täglich kaum ein bis zwei kleine Gläser. Allerdings bin ich in der letzten Zeit ins Mosttrinken gekommen; manchmal habe ich vier bis fünf Schoppen getrunken, bisweilen sind es auch mehr geworden". Die Geschehnisse vom Sonntag, den 10. Januar, erzählt er wie oben, fährt dann aber weiter fort: „Wie ich Sonntag nacht wieder nach Hause gekommen bin, habe ich mich erst eine Weile in die Küche gesetzt. Da ist es losgegangen. Dort habe ich in allen Ecken Ratten und Mäuse gesehen, die haben alle ganz dunkel ausgesehen und die Ratten haben ganz feurige Augen gehabt. Auch Hasen sind dagewesen, die haben ganz natürlich ausgesehen, haben gespielt und sind gehüpft, haben sich das Fell abgezogen und sich wieder rumgewickelt. Die Tiere sind auch auf Locken zu mir hergekommen und besonders der schwarze Ratt ist oft zu mir gekommen.

Ich habe auch das Heraufspringen der Tiere an meinem Bein ganz deutlich gespürt, auch die kalte Schnauze an der Hand und auch das Herumspringen der Tiere auf dem Boden gehört. Als ich später in meinem Bett lag, wurde es mit meinen Nerven noch ärger. Aus den an den Wandhaken und an der Tür hängenden Kleidern setzten sich Personen zusammen, sie bekamen Köpfe und fingen das Hüpfen an. Plötzlich hatten diese Figuren auch Instrumente und machten Musik. Es war ein ganz feines Orchesterkonzert. Auch am nächsten Tage haben die Ohren weiter geklungen und ich habe dann noch das Orchester spielen gehört. Namentlich wenn das Wasser gekocht hat, hörte ich die Musik. Auch die Gestalten habe ich noch in den folgenden Tagen gesehen. So befindet sich in meiner Wohnung ein Kalender mit einem Bild, das eine Schafherde mit ihrem Schäfer darstellt. Die sind auf einmal lebendig geworden und sind wie eine Kompanie Soldaten auf mich losmarschiert. In der Klinik habe ich auch noch Erscheinungen gehabt. So sah ich den Arbeitsmann, der auf einem Bild im (Wach)-Saal zu sehen ist, bewegt. Der hat seine Gäule ausgeschirrt und wieder angeschirrt und hat dann gepflügt. Den Reflektor der Nachtlampe habe ich für ein Szepter gehalten, und Japaner und Chinesen sind dort herumspaziert mit großen Fächern, mit denen sie auch jongliert haben. P. wird am gleichen Tage auf sein Drängen hin entlassen. Diagnose: Akute Alkoholhalluzinose.

Krankengeschichte Fall II. Der 34 jährige verheiratete Taxator B. wird am Vormittage des 24. März 1926 von Kriminalbeamten in die Klinik gebracht. Kurze Vorgeschichte nach Angabe der Ehefrau: „Vor sechs Monaten stürzte mein Mann im Rausch die Treppe herunter. Er war bewußtlos und lag drei Wochen zu Bett; seitdem verträgt er nicht mehr soviel Alkohol wie früher. Auf Verordnung des Arztes trank er während seines Krankenlagers täglich eine Flasche Südwein. Durch den Schädelbruch, den er da erlitt, hört er auf dem rechten Ohre nichts mehr. Am 23. März kam er abends um acht Uhr heim, aß und las im Bett zehn Minuten. Dann sagte er, er höre Musik, sowie die Stimmen von Männern, die wollten ihn totschlagen. Er lief im Zimmer herum, schrie und hatte Angst, weil auf der Straße Leute seien; er glaubte sein Schwager sei auch dabei. Das dauerte die ganze Nacht, er ging auf die Straße, ich holte dann die Polizei."

Dem Einweisungsbeschlusse des Stadtrates (nach Art. 80/II B. P. Str. G. B.) ist zu entnehmen, daß B. angeblich gehört haben will, wie die

Leute sangen: „Es gibt keinen größeren Lump als den B. Karl" (sein Bruder). Er sei dann in Unterhosen auf die Straße gegangen und habe festgestellt, daß der Gesang nicht, wie er vermutet habe, aus der Wirtschaft M. käme, sondern aus dem Hause Nummer sechs. Später sei er nochmals halb angekleidet auf die Straße gegangen, wo ihn angeblich etwa hundertfünfzig Menschen, darunter auch Reiter, begrüßt hätten. Er sei eifersüchtig gewesen auf seine Frau.

Bei der Aufnahme ist B. zeitlich und örtlich orientiert; man kommt mit ihm gut in Konnex. An beiden Händen Tremor, Gesicht gerötet, leichte Parese der rechten Facialismuskulatur peripheren Charakters. An der Realität seiner nächtlichen Erlebnisse, die er, wie folgt, schildert, hält er noch zum Teil fest: „Ich hatte gestern noch viel Arbeit, trank viel zu viel, Schnäpse, Wein und Bier, alles durcheinander, deshalb ging ich auch schon um acht Uhr ins Bett und schlief ein. Gegen zehn Uhr hörte ich immer so ein Singen und Sorren; ich weckte meine Frau und sagte: „Horch mal, ob Du nichts hörst?" Sie sagte: „Du spinnst, ich glaube Du bist verrückt geworden". Dann hörte ich auf einmal allerlei Musik. Auf der Straße waren sehr viel Leute, welche mir zuriefen: ..„Die B. sind eine Blasen, der Karl ist ein Lump, das sind die größten Schieber". Da rief ich auch und dann kamen sie mit Pferden und Säbeln und schrien: „Runter mit dem Lumpen, der muß heute mit in den Tod". So ging es eine Zeit lang, ich hatte Angst und versteckte mich. Dann ging ich auf die Straße, da waren die Reiter, hundertundfünfzig Menschen; ich ging in die Wirtschaft M., doch dorther kam der Gesang nicht, da dachte ich, es muß doch neben mir sein; und dann wars vorüber. Ich habe die Sache der Polizei angegeben, sowie verschiedene Adressen, W. und K. Ich hörte auch alte Trompeten, eine Trommel und Pauke und glaube auch Flöte und Schlagzeug.

Am Nachmittag des gleichen Tages (24. März) ist B. auf der Station vollkommen unauffällig und krankheitseinsichtig. Desgleichen am nächsten Tage. Kein Tremor mehr, Urin o. B.

Diagnose: Akute Alkoholhalluzinose.

In der Nacht vom 25. auf 26. März glaubt B., seine Frau habe ihn gerufen; er geht aus dem Bett und antwortet: „Was ist denn, komm doch rein". Am Morgen ist er zeitlich und örtlich desorientiert, Merkfähigkeitsstörungen lassen sich nachweisen. Als seine Frau zu Besuch kommt, beschwert er sich „Der Dicke, der Wirt, verweigert mir das Bier hinten in der Wirtschaft; gestern hab ich zwei Glas getrunken und heute noch nichts." Auf der Station wird er dann immer unruhiger, zeigt großen Beschäftigungsdrang, zieht Fäden und liest vom leeren Blatt: „Ja, da hat meine Frau was geschrieben.. und es sind ferner fünftausend Mark.. ein Motorrad N. S. U., die Bohrung beträgt..."

Die nächsten Tage und Nächte tobt und schreit B. fast fortwährend. Er verweigert das Essen, trinkt sehr viel Wasser: „Das schmeckt wie Most". Am Morgen des 27. März fällt er in Schlaf, aus dem er erst gegen mittag erwacht.

Über diese krankhafte Phase schreibt B. folgendes: „Zuerst da fing auf einmal alles zu brennen an, es war ein furchtbares Durcheinander, dann suchten mich die Leute, ich hätte den Brand gelegt. Aber alles war Unsinn, ich sperrte mich in einen gepolsterten Eiskeller, aus welchem ich

aber nicht mehr herauskam, und so mußte ich warten, bis die Hallunken, welche mich mit Sang und Klang suchten, mich auch darinnen fanden. Da schrien sie: „Jetzt muß er verrecken, der Gauner, mitsamt seiner Alten". Ich wurde dann bewußtlos. Der nächste Brand, da war ich dann als Feuerwehrkommandant, da brannte es bei einem Baron. Das ganze Haus stand in Flammen, keiner wußte, was anzufangen war. Ich mußte nun erst mit den Revolutiönären und dann mit den Gräfinnen verhandeln; diese waren äußerst hochnäsig. Ich brachte dann die Aufständigen soweit, daß ich sagte: „Es wird nichts geplündert, die Kleinigkeiten werden ab heute und nächsten Morgen früh neun Uhr versteigert", und die Sache klappte fein. Einige von meinen Freunden konnten dies nicht sehen, daß ich mit der Baronin so gut stand, und schimpften dauernd über mich, ich solle ins Bett und schleppten mich dann in einen Erker, wo Ratten, Fische und allerlei drinnen war, und war wieder weg. Das dritte und letzte Mal fuhr ich mit meiner Frau per Motorrad nach München, plötzlich überfiel uns eine Räuberbande, raubte mir meine Frau und schlugen mich bewußtlos. Als ich zu mir kam, tobte ich natürlich sehr und sah ganz in der Ferne mit einer Sorte Menschen meine Frau in der Mitte. Jetzt ging die Sache los, ich schrie und pfiff und schoß, und so brachte ich meine Frau wieder zu mir. Wir stiegen in einen kleinen Zug und dann ging die Verfolgung weiter bis zur Haltestelle, wir stiegen aus, alles war schon geregelt, Schutzleute da, und die Bande wurde verhaftet. Ich erkannte darunter zwei Freunde, welche mir meine Frau entführen wollten und dann kam es zu einem tüchtigen Revolverduell. Dies sind alles meine nervösen Erscheinungen durch meinen Schädelbruch."

Diagnose: Delirium tremens.

Am 7. April wird B. entlassen, vollkommen krankheitseinsichtig für seine beiden Erkrankungen.

„Name und Begriffsbestimmung der akuten Halluzinose stammen von *Wernicke*. Als charakteristisch für den Symptomenkomplex, wie wir heute sagen würden, hebt *Wernicke* hervor: Bei Besonnenheit, Intaktheit der normalen Denkfähigkeit und Erhaltenbleiben der Orientierung lebhafte Angst und vor allem massenhafte Phoneme, dem Inhalt des Angstgefühls entsprechend teils bedrohend, teils herabsetzend, höchstens in Andeutungen auch Sinnestäuschungen des Gesichtes und des Hautgefühls, schließlich große Neigung zu rascher Systematisierung, Entstehung eines physikalischen und meist auch eines auf ganz bestimmte Personen gerichteten Verfolgungswahnes. Die Ätiologie ist für die überwiegende Mehrzahl der Fälle der Abusus spirituosorum. *Wernickes* Namengebung nimmt auf die Tatsachen Rücksicht, daß die sich am stärksten aufdrängende Einzelerscheinung meist die sprachlichen Halluzinationen (Phoneme) sind; der Name hat sich gut eingebürgert, doch käme zur Unterscheidung von anderen Halluzinosen mit nicht überwiegend sprachlichen Sinnestäuschungen die speziellere Bezeichnung Verbalhalluzinose in Betracht" (*Schroeder*).

Der Halluzinosekomplex kommt bei sehr verschiedenen Krankheitsformen vor, bei der akuten Alkoholhalluzinose, sodann häufig (aber gewöhnlich mit anderen Komplexen gemischt) bei der Dementia praecox, episodisch im Verlauf der sog. Degenerationspsychosen, in epileptischen Psychosen, bei Paralysen (neuerdings besonders nach Malariaimpfung beschrieben), bei luetischen Psychosen usw. (*Schroeder*).

Eine nicht auf alkoholischer Basis beruhende Halluzinose konnten wir in letzter Zeit bei einem Epileptiker beobachten. Die Differentialdiagnose zwischen akutem schizophrenem Schub, epileptischer Psychose und akuter Alkoholhalluzinose (eine Vergiftung durch Medikament oder Nahrungsmittel war auszuschließen!) wurde dadurch erleichtert, daß wir den Kranken seit längerer Zeit kannten.

Voraussetzung für die Erkrankung an Alkoholhalluzinose ist (wie schon erwähnt) längere Zeit — Jahre — hindurch fortgesetzter Alkoholmißbrauch. In welcher Weise die verschiedenen Alkoholarten — der Genuß einer einzigen Alkoholsorte allein ist ja bei Potatoren außerordentlich selten! — zusammenwirken und so den Boden für diese Psychose bilden, ist unbekannt; es steht lediglich fest, daß den hochprozentigen Spirituosen eine besonders wichtige Rolle zukommen muß. Eine Klarlegung der ganzen Fragestellung ist in hohem Maße dadurch erschwert, daß man die Angaben der Gewohnheitstrinker über Art und Menge der zugeführten Getränke nur mit Vorsicht verwenden darf. In Würzburg und dessen Umgebung (Weingegend!) wird vorwiegend Most bzw. Wein getrunken, Bier, Schnaps und Fruchtwein in geringerem Maße.

Was die Häufigkeit der Alkoholhalluzinose betrifft, so stellen die meisten Autoren die Anzahl der beobachteten Fälle von Delirium tremens im Verhältnis zu denen von Halluzinose als Gradmesser auf. Hierbei bleibt einerseits unberücksichtigt, daß die Entstehungsbedingungen für diese beiden Psychosen keineswegs adäquat sind, sodaß die angegebenen Zahlen von Ort zu Ort stark schwanken müssen. Andrerseits wird dabei vernachlässigt, daß im Gegensatz zu den an Delirium tremens Erkrankten, deren Internierung doch so gut wie immer veranlaßt wird, — meine Ansicht divergiert hier mit der *Schroeders* — die zeitlich und örtlich orientierten, „besonnenen" Patienten mit Alkoholhalluzinose zu Hause äußerlich unauffällig bleiben können, wenn die oft nur Stunden dauernde erregte Phase unbemerkt geblieben ist. Eine Verkennung der Halluzinose ist ferner dann möglich, wenn die Kranken erst nach Abklingen der massiven Symptome in ärztliche Behandlung — in und außerhalb der Klinik — kommen. Der Annahme

Kohlmanns, daß eine Anzahl von Selbstmorden, bei denen die Ursache ungeklärt blieb, im Beginne einer akuten alkoholischen Halluzinose begangen wurde, möchte ich beipflichten. Wir selbst haben einen Kranken mit (chronischer) Alkoholhalluzinose aufgenommen, der zu Hause im Beginn einer akut aufflackernden halluzinatorischen Phase sehr energische Suicidversuche gemacht hatte.

Die Erfahrungstatsache, daß eine Halluzinose nur bei einem Teil der chronischen Alkoholisten auftritt, hat dazu geführt, weiterhin von außen kommende Faktoren ätiologisch mit dem Ausbruch der Psychose in Zusammenhang zu bringen. So hat *Bonhoeffer* gehäufte Trinkexzesse vor Beginn der Halluzinose fast regelmäßig nachweisen können. *Ilberg* hat die Beobachtung gemacht, daß der Ausbruch der Krankheit sich in der Regel nicht direkt an das letzte größere Potamen anschloß, sondern ein oder mehrere Tage leidlichen Befindens dazwischenliegen. Von unseren Patienten hat B. (Fall II) starken Alkoholabusus, der unmittelbar vor Beginn der Psychose erfolgt war, angegeben.

Im Anschluß an akute körperliche Erkrankungen oder an grobe Verletzungen sah *Schroeder* keineswegs mit besonderer Häufigkeit die Halluzinose sich entwickeln. Als Veranlassung wurden zuweilen auf psychischem Gebiete starker Schreck, Ärger usw., in körperlicher Hinsicht akute gastrische Erscheinungen angegeben (*Bonhoeffer*).

Ich neige zu der Auffassung, daß diese meist unbestimmten körperlichen und psychischen Merkmale weniger im Sinne einer „Auslösung" der Halluzinose als vielmehr als Prodromalsymptome aufzufassen sind. Ob ein schweres Trauma (Hirnschädigung) bei einem Gewohnheitstrinker zum Ausbruch einer akuten Alkoholhalluzinose führen kann (Fall II), ist nicht erwiesen.

Die Frage, ob Alkoholabstinenz zur Alkoholhalluzinose führen kann, verneinen *v. Speyr* und andere Autoren. *Bonhoeffer* konnte dagegen bei Inhaftierten am zweiten oder dritten Einlieferungstage akute Alkoholhalluzinose sich entwickeln sehen. *Schroeder* hat bei Trinkern, die durch Aufenthalt im Gefängnis, Arbeits- oder Krankenhaus enthaltsam gelebt haben, schon nach nur ein bis zwei Wochen anhaltenden Alkoholmißbrauchs die Psychose ausbrechen sehen. Nach *Damaye* sind das Delirium akutum wie auch das Delirium tremens abhängig von Septikämien (?), die durch ungenügende Ernährung, Überanstrengung und häufige alkoholische Exzesse begünstigt werden.

Anscheinend kann Alkoholabstinenz bei körperlich in irgend einer Weise geschwächten Gewohnheitstrinkern zu einer Minderung der Alkoholtoleranz führen und so einen günstigen Boden zur Ent-

wicklung der Halluzinose bereiten. Von unseren Kranken hat P. (Fall I) sich während seiner zehntägigen „Magenverstimmung", allerdings nach eigenen Angaben, jeglichen Alkohols enthalten und außerdem fast keine Nahrung zu sich genommen. Ob P. kurz vor Beginn seiner Psychose, entgegen seiner Aussage, einen Alkoholexzeß begangen hat, entzieht sich meiner Kenntnis. B. (Fall II), der durch seinen Unfall eine Hirnschädigung erlitten hatte, setzte den Alkoholmißbrauch während des mehrwöchigen Krankenlagers fort. Er trank, auf ärztliche Anordnung hin, täglich eine Flasche Südwein, wobei sich seine Verträglichkeit gegenüber dem Alkohol als wesentlich herabgesetzt erwies. Im Anschluß an einen Alkoholexzeß erfolgte Ausbruch der Psychose 4 Monate nach dem Unfall.

Der Zusammenhang der Alkoholabstinenz mit dem Beginn der Erkrankung ist strittig; nahezu eindeutig gilt die Alkoholabstinenz dagegen als wesentliches Moment, um diese Psychose zum Abklingen zu bringen. Ich glaube jedoch auf Grund meiner Beobachtungen, daß die Bedeutung der Alkoholentziehung als „Therapie"" der Halluzinose weit überschätzt wird. Wenn die Alkoholabstinenz den Grund dafür darstellen würde, daß die Patienten frei von Trugwahrnehmungen und einsichtig für ihre Erkrankung werden, so müßten nach der Entlassung wieder erneut Sinnestäuschungen in Erscheinung treten, da doch in den allermeisten Fällen die Kranken den Alkoholmißbrauch fortsetzen. *Bonhoeffer* ist allerdings der Ansicht, daß es sich (bei den an Halluzinose Erkrankten im Gegensatz zu Patienten mit Delirium tremens) häufig um intelligente, durch den Alkoholismus in der Energie noch wenig geschädigte und insbesondere auch nicht selten um Individuen handle, die sozial günstiger gestellt und deshalb an sich der Gefahr, dem Alkoholismus zu verfallen, weniger ausgesetzt seien. Nach den Erfahrungen des täglichen Lebens halte ich es nicht für wahrscheinlich, daß Intelligenz oder sozial günstige Stellung irgendwie die Gefahr, dem Alkohol zu verfallen, mindern.

Weiterhin hat mich die Tatsache, daß trotz jahrelang in Anstalten konsequent durchgeführter Alkoholentziehung chronische Alkoholhalluzinosen beobachtet werden und daß ferner akute Alkoholhalluzinosen, ungeachtet des Alkoholmißbrauches (nach Beendigung der Internierung), nicht — *Frowein* und *Schwarz* sind gegenteiliger Ansicht — in eine chronische Verlaufsform übergehen, zu der Auffassung gedrängt, daß die akute Alkoholhalluzinose, ungeachtet aller von außen wirkenden Faktoren, vorwiegend nach „inneren" Gesetzen verläuft, bzw. (nach wenigen Tagen) abklingt.

Jedenfalls darf man, und das ist praktisch von größtem Wert, die Prognose der akuten Alkoholhalluzinose durchaus günstig stellen, wenn man durch den für sie charakteristischen Beginn (stürmisch einsetzend) mit einen Hinweis darauf erhält, daß nicht eine chronische Form vorliegt und wenn ferner der Patient genügend beaufsichtigt ist (Suicidgefahr!). Interessant wäre die Feststellung, ob bei einem Kranken mit akuter Alkoholhalluzinose, dem man während der Internierung Alkohol weiter verabreicht, auch unter diesen Umständen die Psychose zu Ende geht.

Wenn ich nun auf die oben angeführten Krankengeschichten im einzelnen näher eingehe, erscheint die Halluzinose des P. (Fall I) dadurch bemerkenswert, daß die optischen Trugwahrnehmungen, darunter Tiervisionen, gegenüber den akustischen in den Vordergrund traten. Zahlreiche Tiervisionen gelten nach *Goldstein* (der einen ähnlichen Fall beschrieben hat) — im Gegensatz zu *Luther* — als ein prognostisch günstiges Zeichen, was Dauer und Verlauf der Erkrankung anbelangt. Bei dem Kranken *Goldsteins* währte die Psychose eine Woche (es war die kürzeste Halluzinose seiner Beobachtung), bei unserem Patienten P. ungefähr zehn Tage.

Die Gesichtshalluzinationen stellen sich häufig als vorgeführte gleichgültige Bilder dar (*Goldstein*). Die optischen Trugwahrnehmungen, die P. in unserer Klinik hatte, waren vollkommen indifferenter Natur (jonglierende Chinesen, ein pflügender Bauer usw.). P., der vom Tage seiner Aufnahme an in jeder Weise krankheitseinsichtig und geordnet erschien, hat diese neu hinzutretenden Sinnestäuschungen erst gegen Ende seiner Internierung angegeben, wobei er gleichzeitig auch von weiteren zu Hause erlebten Trugwahrnehmungen berichtete, von denen er bisher ebenfalls niemals etwas erwähnt hatte. Ob man hier von echter Dissimulation sprechen darf, vermag ich nicht zu entscheiden.

Körperempfindungstäuschungen, die bei Halluzinosen des öfteren festgestellt worden sind, ließen sich bei P. nachweisen (Berühren der kalten Rattenschnauze). Während des Erlebens dieser taktil-thermischen Hautsensationen wird P. wohl ein vorübergehendes delirantes Zustandsbild geboten haben. Die nahe Verwandtschaft mit dem Delirium tremens bringt es mit sich, daß man in zahlreichen Fällen delirante Phasen während des Verlaufes der Halluzinose, meist nur von stundenlanger Dauer, findet (*Bonhoeffer*). Auf Grund solcher Abweichungen von den u. a. von *Kraepelin* als klassisch geschilderten Fällen (die sehr selten sein dürften) an der Diagnose akute Alkoholhalluzinose zu zweifeln, besteht nach meiner Ansicht keine Veran-

lassung. Die Bezeichnung atypisch besagt recht wenig; man sollte sie nach Möglichkeit vermeiden.

Ausgeprägte Halluzinationen des Körpers, des Geruches und Geschmackes, sowie ernsthafte Störungen des Affektes, gehören nicht zum Bilde der akuten Alkoholhalluzinose und geben stets eine ungünstige Prognose. Aus der neueren Literatur läßt sich dies an einer Anzahl Krankengeschichten *Wolfensbergers* insofern eindeutig nachweisen, als die betreffenden Patienten, „die Anfälle von Alkoholwahnsinn (akute Alkoholhalluzinose) durchmachten, später an ausgesprochener Schizophrenie, meist mit schwerer Verblödung, erkrankten". *Wolfensberger*, der den Alkoholwahnsinn als „Reaktion eines schizophrenen Gehirns auf eine bestimmte Art der Alkoholvergiftung" auffaßt, versuchte katamnestisch in allen Fällen von akuter Alkoholhalluzinose Symptome einer Schizophrenie nachzuweisen; wo solche fehlten, glaubte er, das Bestehen einer „sehr inaktiven" oder „einer latenten" Schizophrenie annehmen zu dürfen. Nach meinem Dafürhalten haben jedoch die Patienten *Wolfensbergers* mit akuter Alkoholhalluzinose, bei denen die auf eine schlechte Prognose hinweisenden Symptome nicht feststellbar gewesen waren, nach der Entlassung keine mit Sicherheit (oder auch nur überwiegender Wahrscheinlichkeit) für eine Schizophrenie – im Sinne nachweisbarer Veränderungen im Gemüts- oder Willensleben — sprechenden Merkmale gezeigt. Mit einer so weiten Fassung des Schizophreniebegriffes wie bei *Wolfensberger* ist jedenfalls praktisch nichts gedient. Beachtenswerterweise kommt *Bleuler*, der annimmt, „der Alkoholwahnsinn könnte ein bloßes durch Alkohol hervorgerufenes Syndrom der Schizophrenie sein", zu einer günstigen Prognosestellung für die Fälle von akuter Alkoholhalluzinose. „Wo man weder in der Anamnese noch im Bilde selbst ausgesprochene schizophrene Zeichen (lebhafte Körperhalluzinationen, Affektstörungen) findet, darf man ... die Prognose nicht schlecht stellen, auch wenn die Schizophrenie sicher ist; letztere exazerbiert bei der Gelegenheit des Wahnsinns recht selten." Nach meiner Ansicht darf man die akute Alkoholhalluzinose mit gutem Rechte aus der Gruppe der Schizophrenien, in die schon an sich vielerlei Zustandsbilder eingereiht werden müssen, eliminieren.

Bei unserem zweiten Patienten handelt es sich um den seltenen Fall, daß Halluzinose und Delirium bei einer Person auftreten. Während die älteren Autoren diese Möglichkeit nicht in Erwägung ziehen oder ablehnen, konnten *Bonhoeffer*, *Raecke* und *Meyer* je einmal, *Goldstein* dreimal ein solches Vorkommnis verzeichnen. Unter den

achtzehn subacut verlaufenden Fällen, die *Kupferschmid* in seiner Dissertation aus der Tübinger Klinik anführt, befindet sich des weiteren ein Potator, der früher ein Delirium durchgemacht hat. (Diese Krankengeschichte wie auch die entsprechende von *Bonhoeffer* konnte ich in der Literatur nirgends nachlesen.) *Moskiewicz* hat 1904 aus dem Material der städtischen Irrenanstalt zu Breslau elf derartige Krankengeschichten, die *Chotzen* (1906) einer kritischen Betrachtung unterzog, zusammengestellt; sie sind jedoch zu wenig klar und ausführlich gehalten, als daß man sie verwerten könnte. Erwähnen möchte ich lediglich, daß in seinem Fall 11 nach zwei akuten Halluzinosen, die im Zeitraum von fünf Monaten aufeinander folgten, nach zwölf Jahren ein Delirium auftrat. Der Patient *Raeckes* erkrankte acht Monate nach einem Delirium dreimal innerhalb eines Jahres an Halluzinose. (Aus der dritten Phase heraus entwickelte sich eine chronische (Alkohol-?) Psychose, acht Jahre später erfolgte Tod an Pneumonie.)

Bei den Kranken von *Raecke* und von *Moskiewicz* ist zwischen Halluzinose und Delirium zeitlich ein Zwischenraum von zehn Monaten beziehungsweise zwölf Jahren gelegen. Aus den Berichten von *Meyer* und von *Goldstein* dagegen geht hervor, daß auf eine Halluzinose, zweimal sich direkt anschließend, einmal nach halbtägiger Übergangszeit, ein Delirium auftrat. Einen zweimaligen Wechsel des Zustandsbildes innerhalb dreier Tage — Delirium — Halluzinose — Delirium — hat *Goldstein* beobachtet. In allen angeführten Fällen sind die Patienten, — ausgenommen der *Raeckes* — geheilt entlassen worden.

Unser Patient B. (Fall II) erkrankte zunächst an einer akuten Alkoholhalluzinose, die eine Nacht lang währte. Am folgenden Vormittag hielt B. noch an der Realität seiner Erlebnisse fest, ohne weitere Trugwahrnehmungen zu haben. *Wernicke* hat dieses paranoische Stadium, das durch Abblassen der Sinnestäuschungen bei Festhaltung des schon vorher gebildeten Systems bedingt ist, bei den zur Heilung kommenden Fällen stets nachweisen können. Die Dauer dieses Stadiums, die nach *Wernicke* einige Wochen beträgt, währte bei den Patienten *Goldsteins*, bei denen es sich feststellen ließ, höchstens wenige Tage, bei unserem Kranken B. nur wenige Stunden. Entgegengesetzt gelagerte Verhältnisse, völlige Kritik für die erste Zeit der Halluzinose bei „Dissimulation" neu hinzutretender Trugwahrnehmungen habe ich bei Fall I. betont.

Am Nachmittage des gleichen Tages bestand bei B. ausgesprochene Krankheitseinsicht, hierauf war er eineinhalb Tage völlig unauffällig.

Dann setzte ein Delirium tremens ein, das nach drei Tagen mit einem ungefähr zehnstündigen Schlaf zu Ende ging.

Die Annahme *Bonhoeffers*, der es für denkbar hält, daß bei Erkrankung von Delirium und Halluzinose bei einer Person, auch innerhalb des Deliriums, entgegen dem gewöhnlichen Verhalten, die akustischen Halluzinationen besonders stark hervortreten, kann ich durch diesen Fall bestätigen. Die Gehörstäuschungen des B. während seines Deliriums, das mit akustischen Trugwahrnehmungen begann, sind sehr ausgeprägt gewesen; insbesondere handelte es sich um Vorwürfe sowie Beschimpfungen in der dritten Person, wie sie für die akute Alkoholhalluzinose charakteristischsind. („Jetzt muß er verrecken der Gauner mitsamt seiner Alten.")

Auffallend war mir, daß bei Auftreten dieser beiden Alkoholpsychosen bei einem Kranken die Dauer besonders der akuten Alkoholhalluzinose wesentlich kürzer war als sonst.

Literatur.

Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Aufl. Springer, Berlin.

Bonhoeffer, Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena 1901.

Bonhoeffer, Die alkoholischen Geistesstörungen. Deutsche Klinik, Bd. 6, 1906.

Bonhoeffer, Über die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges. Mtschr. f. Psych. u. Neur., Bd. 41.

Chotzen, Über atypische Alkoholpsychosen. Arch. f. Psych., Bd. 41.

Chotzen, Kompliz. akute u. chron. Alkoholhalluzinosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66.

Damaye, Contribution à l'étude et au traitement du délire aigu et du délirium tremens. Ztlbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1924. Ref. v. *Seelert*.

Deutsche Forschungsanstalt f. Psych. Die Wirkungen der Alkoholknappheit während des Weltkrieges. Berlin 1923.

Frowein, Zur Lehre von der Halluzinose der Trinker. I.-D. Kiel, 1914.

Fürst, Über die Abnahme des Alkoholismus an d. Psych. u. Nerv.-Klin. zu Königsberg i. Pr. während d. Krieges. I.-D. Arch. f. Psych. u. Nerv., Bd. 60.

Goldstein, Ein Beitrag zur Lehre von den Alkoholpsychosen. Allg.Ztschr. f. Psych. Bd. 64.

Ilberg, Der akute halluzinatorische Alkoholwahnsinn. Festschrift zum 50 jährigen Bestehen des Stadtkrankenhauses zu Dresden. 1899.

Ivanyi, Die Zunahme der Alkoholpsychosen nach dem Kriege. Mschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 52.

Kohlmann, Die akute Halluzinose der Trinker. I.-D. Kiel 1913.
Kraepelin, Psychiatrische Klinik. 4. Aufl. Bd. II.
Kupferschmid, Zur Klinik der alkoholischen Geistesstörungen. I-.D. Tübingen, 1908.
Luther, Zur Kasuistik d. Geistesstörungen auf d. Boden des chron. Alkoholismus. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 59.
Meyer, Über akute u. chron. Alkoholpsychosen... Arch. f. Psych. Bd. 38.
Moskiewicz, Über die Beziehungen des Delirium tremens zur akuten Halluzinose der Trinker. I.-D. Leipzig, 1904.
Peretti, Über den Rückgang der Alkoholistenaufnahme in den Anstalten seit dem Kriegsbeginn. Berl. klin. Wschr. 1918, Nr. 9.
Raecke, Zur Abgrenzung der chron. Alkoholparanoia. Arch. f. Psych. Bd. 39.
v. Speyr, Die alkoholischen Geisteskrankheiten im Basler Irrenhaus. I.-D. Basel. 1882.
Schroeder, Intoxikationspsychosen, Leipzig und Wien 1912.
Schroeder, Über die Halluzinose und vom Halluzinieren. Mschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 49.
Schroeder, Das Halluzinieren Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 101.
Schwarz, Zur Lehre von der Halluzinose der Trinker. Arch. f. Psych. Bd. 73
Wagner-Jauregg, Referat f. d. Jahresversammlung d. deutschen Ver. f. Psych. in Hamburg. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76.
Weichbrodt, Über die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges. Mschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 42.
Wernicke, Grundriß der Psychiatrie 1900.
Wolfensberger, Der Alkoholwahnsinn (akute Halluzinose der Trinker) und seine Beziehungen zu den Schizophrenien. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Bd. 82.

Die Behandlung schwer erregter Geisteskranker [1]).

Von

Dr. **Fr. Ast**, Direktor d. Heil- und Pflegeanstalt Werneck.

Wenn unser Verein zum Referat der heutigen Tagung ein so nach allen Seiten durchgepflügtes Gebiet, wie es die Behandlung der schwer erregten Kranken ist, bestimmt hat, so ist damit die Tatsache vorweg bezeichnet, daß wir immer noch keinen Anlaß haben, mit den Erfolgen dieser Behandlung zufrieden zu sein. Es verbleibt uns stets, selbst unter relativ günstigen Bedingungen, ein quasi eiserner Bestand an schweren Erregungen, die sich gegen jede Einwirkung refraktär erweisen, nach jedem Dauerbad oder mit dem Aufhören der Wirkung eines Narkotikums in unverminderter Stärke wieder aufleben. Dieser Bestand wird in seiner Zusammensetzung je nach den örtlichen Verhältnissen, aber auch in derselben Anstalt, sehr variabel sein. Manchmal scheinen sich die Manisch-Erregten an Zahl zu verdoppeln, dann häufen sich wieder die triebhaften Explosionen, Selbstbeschädigungen, Zerstörungen seitens der Schizophrenen. Sehr fatal pflegen sich darunter die Erregungszustände Degenerierter und anderer Psychopathen und Hysterischen bemerkbar zu machen, wenn sie auch in ländlichen Anstalten vielleicht nur vereinzelt sind, ebenso die dämmernder Epileptiker. Ich glaube damit den Kreis der Erregungszustände, den das aufgestellte Thema im Auge hatte, ungefähr richtig umschrieben zu haben. Unsere Lage ihnen gegenüber scheint sich nun im Zusammenhang mit der Füllung und Überfüllung der Anstalten in den letzten Jahren, da und dort schon in sehr fühlbarem Grad, anderwärts erst noch weniger bemerkbar, verschärft zu haben. Es erschien deshalb unerläßlich, zunächst einmal einen Über- und Einblick in die tatsächlichen Verhältnisse unserer bayerischen Anstalten zu erhalten. Bei der Kürze der Zeit war es nicht möglich die außerbayerischen Anstalten mit einzubeziehen, was im übrigen auch kaum zweckmäßig gewesen wäre;

---

[1]) Referat, erstattet bei der Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater zu Günzburg am 12. Juni 1926.



Tabelle 1.

Zunahme der Geisteskranken in den bayer. Anstalten nach Kreisen.

Kreise	Krankenstand			Bevölkerung		
	1.1.14	1.5.26	Mehrung %	1913	1925	Mehrung %
Oberbayern	2 570	2 785	+9	1 532 065	1 704 187	+11
Niederbayern	786	834	+6	724 331	756 242	+4
Oberpfalz	757	625	—17	599 461	629 823	+5
Oberfranken	938	1 005	+7	661 862	758 931	+15
Oberfranken m. St.Getreu	1 090	1 198	+10			
Mittelfranken	1 524	1 793	+18	931 691	990 377	+9
Unterfranken	993	1 145	+15	710 943	768 245	+8
Schwaben	1 061	1 288	+21	789 853	865 330	+9
Bayern ohne Pfalz	8 629	9 475	+10	5 950 206	6 473 135	+9
Pfalz	2 091	1 315	—37	937 085	925 856	—1
Ganz Bayern	10720	10 790	+1	6 887 291	7 398 991	+7

denn die sehr verschiedenen örtlichen Bedingungen wären noch schwerer übersehbar gewesen als die in dem kleineren bayerischen Ausschnitt. Das Ergebnis der Fragebogen, die wir zu diesem Zweck ausgesandt haben, ist in den Tabellen 1 bis 5 zusammengefaßt. Tabelle 1 soll eine Übersicht gewähren über die Zunahme der Geisteskranken in den bayerischen Anstalten nach Kreisen, und eine Möglichkeit, sie mit der Bevölkerungszunahme vergleichen zu können. Auf der Tabelle 2 ist in Prozenten ersichtlich, wie sich diese Zunahme auf die einzelnen Anstalten verteilt. Die Zahlen sind sehr verschieden. Bei einer Reihe von Anstalten ist der Krankenstand vom Jahr 1914 seit dem Punkt der größten Entleerung noch nicht wieder erreicht, bei anderen schon wieder überschritten. Aus der Zunahme der neueren Anstalten Günzburg, Haar, Lohr, Kutzenberg, in gewissem Sinn auch Ansbach, kann man sehen, wie groß das Bedürfnis nach Anstaltsplätzen immer noch ist. Heute interessieren uns diese Zahlen nur insoweit, als sie in Beziehung zu bringen sind mit der Prozentzahl von erregten Kranken, mit der wir es eigentlich zu tun haben. Diese Zahlen finden sich auf Tabelle 3. Kolonne II enthält in je 2 Reihen, nach Männer und Frauen ausgeschieden, die Zahl der auf unruhigen Wachstationen und die Zahl der auf unruhigen und halbunruhigen Abteilungen befindlichen Kranken überhaupt. Ich habe aus mehreren Gründen davon abgesehen

Tabelle 2.

Zunahme der Geisteskranken in den bayrischen Anstalten nach Prozenten.

Wo?	Mehrung seit 1914	
	Männer	Frauen
Eglfing	1	22
Haar	35	70
Gabersee	—38	—12
Kutzenberg	68	115
Ansbach	47	67
Lohr	16	51
Mainkofen	91	72
Günzburg	249	258
Bayreuth	—33	—17
Erlangen	—19	—3
Werneck	9	0
Deggendorf	—41	—13
Kaufbeuren	—19	—11
Irrsee	—11	—13
Regensburg	21	24
Frankenthal	—11	—16
Klingenmünster	9	21
St. Getreu b. Bamberg	64	— 2

die etwas vagen Begriffe schwer erregt und minder erregt durch schärfere Differenzierungen ersetzen zu wollen. Wir hätten etwa an der Hand der laufenden Tagesberichte um die Feststellung der Unruhigen bei Tag, der bei Nacht, der Zerstörungssüchtigen, der Gewalttätigen bitten können. Ich glaube nicht, daß auf diese Weise besser vergleichbare Resultate zu bekommen gewesen wären, schon deswegen nicht, weil der Umstand, ob ein Erregter unruheerregend, gewalttätig, zerstörend ist, weitgehend von zufälligen äußeren Umständen abhängig ist. Ein weit besserer Index für den Grad, die Schwere und die Dauer der Erregung ist sicherlich die Wahl der Abteilung, die man für den Kranken für nötig erachtet und man darf deshalb wohl annehmen, daß wir mit den Belegziffern der unruhigen Wachstation bzw. der übrigen unruhigen Stationen der Wirklichkeit am nächsten kommen.

Um eine etwaige prozentuale Zunahme der Erregten gegen das Jahr 1914 nachzuweisen, müßte man streng genommen in Kolonne I der Tabelle 3 die entsprechenden Belegziffern des Jahres 1914 haben. Dieselben wären aber kaum mehr erhältlich gewesen. Ich begnügte

Tabelle 3. **Zahl der Erregten in Prozenten.**

Wo?	Betten zahl	Planm. Bettenzahl U. W.		Planm. Bettenzahl Unruhige i. g.		Derz. Belegung U. W.		Derz. Belegung Unruh. i. g.		Überbeleg. U.W.		Überbeleg. Unr. i. g.		Belegung des Normalraumes	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
I. Anstalten															
Eglfing	1226	6	15	22	22	10	22	33	31	69	70	46	60	—1 [1]	+15 [1]
Haar	855	10	18	31	39	11	19	39	41	—	—	17	—	—9	—9
Gabersee	712	9	11	22	23	18	17	33	28	86	83	66	60	—21	+12
Kutzenberg	570	8	11	19	25	10	12	22	26	—	—	—	—	—13	—6
Ansbach	1180	9	13	30	30	11	11	34	32	13	—	9	—	—17 [1]	—11
Loh[illegible]	588	7	9	30	25	18	17	50	41	83	79	36	61	—19	—3
Ma[illegible]	374	20	24	45	56	18	26	45	55	—	—	—	—	—6	—9
Günzburg	439	8	8	30	30	16	12	50	44	50	39	33	42	—19 [1]	0
Bayreuth	550	11	10	62	42	14	12	62	48	10	7	—	4	—11	—10
[illegible]ngen	840	15	14	39	39	16	20	43	46	—	27	—	9	—7	—8
[illegible]erneck	680	13 (31)	16 (32)	27 (41)	28 (42)	10	17	27	32	—	4	—	7	—12 [1]	—6
Deggendorf	550	40	32	72	59	47	38	80	60	9	—	4	—	—7	—8
Kaufbeuren	700	14	14	41	43	23	18	46	50	32	28	7	14	—7	—2
Irrsee	238	—	24	65	69	—	25	66	70	—	3	—	1	0	0
Regensburg	700	11	11	34	30	11	12	34	28	—	—	—	—	—10	—11
Frankenthal	464	8	15	27	26	8	15	26	28	—	—	—	—	+3	—6
Klingenmünster	953	7	7	20	22	8	7	20	23	—	—	—	—	—13	—8
St. Getreu b. Bamberg	185	27	43	49	63	25	42	50	60	—	3	6	—	+5	+4
II. Kliniken [1]															
München	180	20	35	56	100	20	20	65	70	—	—	16	—	+1	+44
Würzburg	68	67	59	91	100	78	66	107	103	—	—	—	—	—21	0
Krkhs. Nürnberg	160	25	25	100	100	100	100	—	—	25	10	—	—	—31	—28

[1]) Entlassungsziffern { Klinik München in 1/4 Jahr: 364 n. H., 168 in Anst.; Klinik Würzburg im Jahr: 199 n. H., 25 in Anst. }

mich daher mit den planmäßigen Bettenzahlen. Diese Zahlen sind bei dem Bau der neueren Anstalten nach lokalen und allgemeinen Erfahrungen sorgfältig auskalkuliert worden und also ein ziemlich sicherer Maßstab wenigstens dafür, mit welchen Ziffern man bei der Erbauung rechnen durfte. Bei größeren Differenzen zwischen der I. und II. Kolonne wird man demnach keinen großen Fehlern ausgesetzt sein. Die Zahlen selbst sind mit einer Ausnahme, Mainkofen, untereinander zwar merklich, aber doch nicht weit verschieden. In manchen An-

stalten zeigt sich die übliche überwiegende Beteiligung der Frauenseite. Eine Besprechung erfordert der große Unterschied zwischen den Anstalten neuerer und älterer Gattung: Eglfing usw. einerseits, Erlangen usw. andererseits. Der Unterschied bedeutet für die heutigen Verhältnisse natürlich nicht, daß diese Anstalten tatsächlich auch um soviel mehr Erregte hätten, sondern ist lediglich ein Ausdruck der viel geringeren Differenzierung nach Abteilungen. Die schwer Erregten finden sich unter einer größeren Menge von Halb-, vielleicht auch ganz Ruhigen. Dagegen beweist er, daß man früher mit einem weit höheren Satz von Erregten rechnen mußte, und ist damit vielleicht der einzige statistische Beleg für die unter dem Einfluß der modernen Irrenpflege zustande gekommene Abnahme der Erregten. Man findet nämlich in dieser Beziehung fast gar keine statistischen Feststellungen, nur allgemeine Hinweise, was umso auffälliger ist, als gewisse Vorkämpfer der neueren Methoden wie *Wattenberg*, *Kalmus* und *Hoppe* u. a. seiner Zeit das völlige Verschwinden der Erregungszustände in Aussicht gestellt hatten. Eine solche Statistik hätte im übrigen kaum die in der Verdünnung der Erregten mit anderen Kranken liegende Fehlerquelle vermeiden können, die mit der gewaltigen Zunahme der in Anstalten verpflegten Kranken überhaupt eintreten mußte, ebensowenig die, daß oft weniger die Erregungen selbst, als die durch die früheren Umstände erzeugten abschreckenden und widerwärtigen Bilder derselben beseitigt wurden.

Der Vergleich zwischen Kolonne I und II ergibt nun für eine Reihe von Anstalten eine sehr wesentliche Erhöhung. Wo eine Zunahme zu verzeichnen ist, sind die Ziffern kursiv. Diese Zunahme sowohl auf den unruhigen Wachen, wie auf den unruhigen Stationen im ganzen, hat zu sehr bedeutenden Überbelegungen geführt, die Sie aus der Kolonne III entnehmen können. Diese Überbelegungen bestehen, obwohl die Normalbelegräume im ganzen noch nicht erschöpft sind. Die diesbezüglichen Verhältnisse in den einzelnen Anstalten sind aus der Kolonne IV ersichtlich. Dabei ist noch nicht miteingerechnet, daß manche Anstalten heute noch durch Wohnungs- und andere Einbauten beschränkt sind. Bei Berechnung dieser Beschränkung verändern sich die Ziffern so, daß z. B. Eglfing eine Gesamtüberbelegung von 23% auf Frauen- und Männerseite, Werneck eine Überbelegung von 10% auf der Männerseite erhalten müßte.

Wir werden demnach mit Recht eine prozentuale Zunahme der Erregten annehmen dürfen. Die Gründe hierfür können und werden wohl auch verschiedener Art sein. Die Annahme, daß eine durch

Kriegs- und Nachkriegsnöte erhöhte Affektivität der Volksmassen in der Ausgestaltung unserer Krankheitsbilder nach der Seite der Erregung zum Ausdruck komme, scheint ein wenig kühn, wenn man bedenkt, wie unabhängig sich alle endogenen Prozesse, mit denen wir es hier doch in der Hauptsache zu tun haben, allen äußeren Veränderungen gegenüber verhalten haben. Wahrscheinlicher ist ein indirekter Zusammenhang, insofern als die Kranken durch ungünstige Milieubedingungen, Wohnungsnot, schlechte Ernährung, mangelhafte häusliche Pflege im allgemeinen verwahrloster und erregter zu uns kommen. Vielleicht spricht in diesem Sinn, daß besonders das in der Nähe der Großstadt gelegene Eglfing die größte prozentuale Zunahme der Erregten aufweist. Ein wichtiger, vielleicht der wichtigste Grund liegt aber einfach darin, daß jeder Zugang eines Erregten nicht bloß ein Summand mehr zu einer bereits vorhandenen Summe ist, sondern seinerseits wieder einen Kern für eine von ihm auf seine Umgebung sich verbreitende Erregungswelle bildet, so daß es leicht zu dem vielfach zu beobachtenden lawinenhaften Anschwellen der Erregungszustände und einem Zustand von Unruhe und Lärm auf den Wachabteilungen kommen kann, den wir alle genugsam kennen.

Ganz kurz ein Wort über die Verhältnisse in den Kliniken. Die Ziffern der Kolonne I sind natürlich beträchtlich höher, weil es sich in der Klinik vorwiegend um frische Erkrankungen handelt. Trotzdem dürften sich die Kliniken gegenüber den Anstalten in besserer Lage befinden. Die akuten Fälle haben mehr Neigung zu spontaner Beruhigung, sind vielleicht besser durch die Behandlung zu beeinflussen. In diesem Sinn sprechen jedenfalls die großen Entlassungsziffern, die die Kliniken aufweisen, welche die der Überführungen in die Anstalten weit übersteigen. Ferner darf man wohl auch annehmen, daß die Kliniken die unangenehmen Fälle nicht gerade mit Vorliebe bei sich zurückbehalten.

So stehen also die Dinge in unseren bayerischen Anstalten. Was leisten demgegenüber die Mittel, welche uns im einzelnen Fall zu Gebote stehen?

Wir begeben uns damit auf ein altes Kampfgebiet. Bekanntlich haben sich die Methoden, nach denen wir heute behandeln, nur langsam und unter heftigen Widerständen durchgesetzt. Die Diskussionen über den sogenannten No restraint, die bei jeder Neueinführung von Behandlungsmethoden wieder auflebten, füllen ganze Bände. So interessante Streiflichter auch hieraus auf unsere heutige Lage geworfen werden können, so ist es doch bei dem Umfang des Stoffes unmöglich,

auch nur andeutungsweise die Linien des Für und Wider in ihrer geschichtlichen Entwicklung herauszusetzen. Ich glaube dem heutigen Zweck besser zu dienen, wenn ich einen dezidierten persönlichen Standpunkt zu umreißen versuche. Schließlich hat ja jeder Irrenarzt je nach den unendlich verschiedenen lokalen und personellen Verhältnissen, dem verschiedenartigen Krankenmaterial, mit dem er zu arbeiten hat, seine eigenen Erfahrungen, nach denen sich seine Stellung richten muß.

Nach meiner Überzeugung beherrscht das Schlagwort von No restraint immer noch zu sehr die Meinungen über Wirkung und Wert unserer jetzigen Behandlungsmethoden. Es besteht vielfach die Meinung, alles was nach No restraint und freier Behandlung aussieht, ist gut und für den Kranken unter allen Umständen wohltätig, alles Zwangsmäßige oder an Zwang erinnernde minderwertig. Dies bringt Gefahren mit sich, die nicht immer vermieden worden sind. Es bildete sich ein gewisser Cant aus; niemand will natürlich rückständig erscheinen. Wenn man schon nicht die ganze Freiheit erreichen kann, so legt man wenigstens Wert auf den Schein von Freiheit. Diesem Schein von Freiheit ist zuweilen viel tatsächliche Bewegungsfreiheit der Kranken geopfert worden. Wenn man ein bestimmtes Mittel absolut nicht vermeiden kann, so gibt man ihm wenigstens die Form einer therapeutischen Maßnahme. Insbesondere war man, gedeckt unter dem Schutz des No restraint, leicht geneigt, die neueren Mittel wie Bett- und Wachsaalbehandlung, Dauerbad schablonenhaft anzuwenden. Über die ganze Frage hat sich erst vor kurzem *Meyer*-Königsberg so geäußert: „Eine Diskussion, ob Zwangs- oder Zellenbehandlung bei Geisteskranken statthaft oder angezeigt sei, gebe es für ihn nicht, das sei ein für alle Mal entschieden.“ So einfach liegen die Dinge denn doch nicht. Zwang, ebensogut wie Nichtzwang sind doch sehr relative Begriffe. In jedem unserer Mittel, auch im harmlosesten, steckt ein Stück Zwang und wenn es auch nur der Zwang ist, der vom ganzen Anstaltsmilieu mit seiner weitgehenden Beschränkung der Selbstbestimmung in kleinen und kleinsten Lebensgewohnheiten ausgeht, der sich in alle unsere Maßnahmen hinein fortsetzt und manchen Kranken viel peinlicher sein mag als ein direktes vorübergehendes Beschränkungsmittel. Was von den von unseren Mitteln ausgehenden psychologischen Wirkungen im Kranken als Zwang oder Wohltat wirkt, darüber haben wir wohl Erfahrungen allgemeinerer Natur, gewonnen an der Reaktion der Kranken auf sie, oder wir ziehen aus allgemeinen psychologischen Erwägungen darauf hingehende Schlüsse.

Aber im Einzelfall wissen wir doch recht wenig darüber, was im erregten Kranken auf unsere Applikationen hin vorgeht. Die Erregungszustände sind in ihrer pathoplastischen Struktur für uns noch recht undurchsichtig. Welches im einzelnen die Reize sind, welche sie steigern, unterhalten, provozieren, darüber tappen wir im Dunkeln. Eine feinere, denselben entsprechend abgestufte Indikationsstellung ist nicht möglich. Wir wissen eigentlich nur, daß wir durch aktives Eingreifen wenig bessern, durch unrichtige Maßnahmen aber den Erregungszustand der Kranken sehr ungünstig beeinflussen können. Was aber uns als Wohltat scheint, braucht für den Kranken noch keine sein, kann ihm sogar sehr unangenehm sein und was für uns grobmechanischer Zwang ist, kann ihm eine tatsächliche Wohltat und Beruhigung bedeuten. Offener Zwang mag in vielen Fällen besser wirken als die Lüge einer therapeutischen Maßnahme. Wir müssen uns also stets vor Augen halten, daß keines unserer Mittel gleichgültiger Natur ist, jedes ungewollte Nebenwirkungen haben kann und daß sie alle, wie jedes stark wirkende Arzneimittel überhaupt, aufs sorgfältigste „dosiert" werden müssen.

Wenn wir Wert und Wirkung unserer Mittel prüfen sollen, so gehen wir somit nicht von einer vorgefaßten Meinung aus, — und habe sie sich noch so vorteilhaft erwiesen — sondern wir gebrauchen dieselbe Fragestellung wie bei jedem anderen Mittel der Medizin, inwieweit wirken sie kausal, inwieweit feiner oder gröber symptomatisch, inwieweit wirken sie auf die Erregung selbst oder nur mehr äußerlich in Bezug auf Effekte der Erregungen. Bei uns kommt noch ein Drittes dazu, was unserem ganzen ärztlichen Handeln den bitteren Beigeschmack gibt, inwiefern sind sie gar nicht auf den Kranken selbst, sondern zum Schutze der anderen berechnet, also wesentlich polizeilicher Natur.

Nach diesen grundsätzlichen Erörterungen glaube ich mich bei den einzelnen Methoden kurz fassen zu können. Der Bettbehandlung, die den entscheidenden Umschwung brachte — ein Verdienst namentlich von *Neißer*, dessen anläßlich seines 40 jährigen Dienstjubiläums mit Recht gedacht worden ist —, wird zugeschrieben körperlich beruhigende Wirkung, hervorgerufen durch die Lagerung im Bett, die Einwirkung der Bettwärme; dann eine psychische Suggestivwirkung, indem man annimmt, daß die festsitzenden Assoziationen zwischen Ruhe und Bettruhe sich auch im Erregungszustand zur Geltung bringen. Dieser therapeutische Effekt wird allgemein hoch eingeschätzt, namentlich bei akuten Erregungszuständen. Ich erwähne

nur *Groß*, der über seine Erfahrungen in Alt-Scherbitz im Jahre 1893 ausführlich berichtet hat. Groß geht so weit, daß alle Kranken, welche sich nicht konstant im Bett halten lassen, aus dem Wachsaal entweder ins Dauerbad oder in den Tagesraum kommen. Aus einer, wie ich glaube, therapeutischen Überbewertung heraus kommt er so zu einer Einschränkung der Wachsaalbehandlung für viele Kranke, die hierfür noch wohl geeignet sein dürften.

Die andere Seite der Bettbehandlung liegt darin, daß der Kranke in gewissem Sinn von den andern getrennt wird, da er aus alter Gewohnheit, einmal ins Bett gelegt und seiner Kleider entledigt, es doch nicht ohne weiteres wieder verläßt. Daß diese separierende und isolierende Wirkung lange Zeit unterschätzt worden ist und zu schweren Nachteilen für den Kranken sich auswachsen kann, darauf hingewiesen zu haben, ist ein Verdienst von *Simon*, auf den später noch zurückzukommen sein wird.

Die Bettbehandlung ist kombiniert mit dem System der ständigen Aufsicht im Wachsaal, das natürlich niemand von uns wieder aufgeben möchte. Dabei darf aber nicht übersehen werden, daß dieses System zu einer Konzentrierung der unruhigen Kranken geführt hat, die sich sehr ungünstig auswirken kann. Bekanntlich wirkt nichts provozierender auf einen erregten Kranken als das Beispiel eines anderen. Man findet deshalb immer wieder Versuche, diesem Übelstand der Wachsäle abzuhelfen, am häufigsten durch Grundrißlösungen, die Wachsaal und Einzelzimmer mit möglichst wenig Verlust von Übersichtlichkeit mit einander zu vereinigen suchen. Alle neueren Anstalten weisen solche zum Teil glückliche, zum Teil weniger glückliche Lösungen auf. In jüngster Zeit hat *Ortleb* empfohlen, zwischen den Betten feste Wände zu errichten und der besseren Aufsicht halber dem Wachsaal die Form eines Halbkreises zu geben, von dessen Stirnseite aus die Pflegeperson überall hineinsehen könnte. Ich bezweifle, ob diesem panoptischen System im kleinen eine Zukunft beschieden ist. Wenn ich nach meiner persönlichen Erfahrung urteilen darf, so wird man bei aller Anerkennung der Separierungstendenzen doch immer wieder zum unkomplizierten übersichtlichen Wachsaal als der praktischsten Lösung zurückkehren. Wichtiger scheint mir die Frage, ob man in dem Bestreben, die unruhigen Wachen möglichst klein zu machen, nicht zu weit gegangen ist. Abgesehen von der Gefahr leichter Überfüllbarkeit hat man auf ihnen keine oder wenig Gelegenheit mehr zur „Verdünnung" der Erregten. In dieser Beziehung haben die — allerdings wieder zu großen — Abteilungen der alten Anstalten auch ihre Vorteile, wie ich es in Werneck

angenehm empfunden habe. Wir haben auf der Männer- und Frauenseite, an der Seite eines Korridors gelegen, eine Flucht von 5 Sälen, an der einen Flanke das Dauerbad, an der anderen den Tagesraum und damit die Möglichkeit die Erregten ohne jede Schwierigkeit täglich, stündlich je nachdem, unter Ruhigere zu versetzen. Der Tagesraum ist dann der gegebene Platz für möglichst frühzeitige Beschäftigungstherapie. Davon später.

Denselben Fortschritt, wie die Bettbehandlung, bedeutete die Einführung der Dauerbäder. Ihre doppelseitige Wirkung erhellt am besten daraus, daß sie auf der einen Seite als konzentrierte Bettbehandlung bezeichnet wurden, insofern als die körperlich und psychisch beruhigenden Faktoren mit dem Aufenthalt im warmen Wasser noch stärker gegeben sind als in der Bettbehandlung, auf der anderen Seite als die moderne Isolierzelle. Die erstere Wirkungsweise scheint vorwiegend bei den akuten Erregungszuständen zur Geltung zu kommen, dagegen in den Anstalten mit ihrem chronischen Material mehr zurückzutreten. Hier ist das Dauerbad ein Mittel mehr, die Unruhigsten von den Unruhigen zu trennen und zugleich eines, das gestattet, diese gewissermaßen auf die unschädlichste Weise sich austoben zu lassen. Das Dauerbad ist da also weniger ein Beruhigungs- als ein Austobungsmittel. Hiefür spricht auch, daß man, wenn man die Tagesberichte unserer Anstalten durchsieht, auf ihnen als im Dauerbad befindlich monatelang immer wieder dieselben Namen findet. — Über die Zahl der Bäder, die wünschenswert ist, finden wir wechselnde Angaben. Die Tabelle 4 gibt eine Übersicht darüber, auf wieviele Kranke in unseren Anstalten auf der unruhigen Abteilung je ein Dauerbad kommt. Wir in Werneck haben auf je 24 Kranke im Wachsaal 4 Dauerbäder, kommen aber, da wir auf Isolierungen verzichten, damit nicht aus, sondern müssen dafür nicht selten zum feuchtwarmen Wickel greifen. Über die näheren technischen Einrichtungen des Dauerbades glaube ich mich vor Ihnen nicht weiter äußern zu müssen. Vielleicht anzufügen wäre, daß das feste Überspannen der Wannen mit Segeltuch oder gar mit Deckeln mit Recht allgemein verpönt wird.

Sehr verschiedener Beurteilung begegnet die sogenannte feuchtwarme Einwicklung oder Packung. Ohne Frage kommt in diesem Mittel der Widerspruch zwischen der von der feuchten Wärme erwarteten therapeutischen Wirkung und dem bei ihrer Anwendung unvermeidlichen Zwang am krassesten zum Ausdruck. Man kann es begreiflich finden, daß manche den Wickel als Restraint schlimmster Sorte bezeichnen. Von seinen Anhängern wird die fast stets eintretende, ge-

Tabelle 4. **Dauerbäder — Isolierräume.**

Wo?	Anzahl d. Plätze in U. W.		Auf 1 Wanne treffen		Auf 1 Isolierzimmer treffen		Derzeitige Belegung in U. W.		Auf 1 Wanne treffen		Auf 1 Isolierzimmer treffen	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
I. Anstalten:												
Eglfing	36	92	12	8,4	4,5	5,1	61	156	20,3	14,2	7,6	8,6
Haar	41	83	8,2	9,2	10,2	11,9	39	81	7,8	9,0	9,7	11,6
Gabersee	35	35	4,4	4,4	35,0	35,0	65	64	8,1	8,0	65,0	64,0
Kutzenberg	26	30	8,7	10,0	8,7	10,0	26	30	8,7	10,0	8,7	10,0
Ansbach	48	78	12,0	19,5	9,6	9,8	54	58	13,5	14,5	10,8	7,3
Lohr	24	24	8,0	8,0	6,0	6,0	46	43	15,3	14,3	11,5	10,7
Mainkofen	39	43	13,0	14,3	39,0	43,0	34	42	11,3	14,0	34,0	42,0
Günzburg	18	18	6,0	6,0	18,0	18,0	27	25	9,0	8,3	27,0	25,0
Bayreuth	30	28	7,5	7,0	6,0	9,3	33	30	8,3	7,5	6,6	10,0
Erlangen	59	64	7,4	8,0	7,4	7,1	57	81	7,1	10,1	7,1	9,0
Werneck	48	50	6,0	6,3	24,0	25,0	31	52	3,9	6,5	15,5	26,0
Deggendorf	110	88	55,0	12,6	3,7	3,1	120	86	60,0	12,3	4,0	3,1
Kaufbeuren	50	50	6,3	6,3	3,6	3,6	66	64	8,3	8,0	4,7	4,6
Irrsee	—	30	—	15,0	—	2,7	—	31	—	15,5	—	2,8
Regensburg	40	40	13,3	10,0	40,0	0	36	38	12,0	9,5	36,0	0
Frankenthal	20	30	—	—	20	—	20	30	—	—	20	—
Klingenmünster	35	35	4,4	4,4	—	—	33	31	4,1	3,9	—	—
St. Getreu b. Bamberg	28	34	9,3	11,3	9,3	6,8	28	35	9,3	11,3	9,3	7,0
II. Kliniken:												
München	23	24	2,6	6,0	—	—	23	20	2,6	5,0	—	—
Erlangen	17	17	8,5	8,5	17,0	17,0	17	17	8,5	8,5	17,0	17,0
Würzburg	23	20	7,7	6,7	23,0	20,0	21	20	7,0	6,7	21,0	20,0
Krkh. Nürnberg	20	20	5,0	5,0	10,0	10,0	25	22	6,3	5,5	12,5	11,0

radezu überraschende Beruhigung des Kranken in ihm hervorgehoben. Bekanntlich hat *Kraepelin* diese Beruhigung bei Katatonikern auf die in ihnen schlummernde Befehlsautomatie zurückgeführt. Nach meinen eigenen zahlreichen Erfahrungen tritt diese Beruhigung tatsächlich häufig ein, aber nicht nur bei Schizophrenen, sondern auch bei allen anderen Kranken. Ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, daß es sich dabei um eine reine Zwangswirkung handelt; der die Bewegungsfreiheit sehr stark einschränkende Wickel bringt eben den Kranken dazu, jeden Widerstand von vorneherein als aussichtslos aufzugeben. Im Gegensatz dazu kann man bei Anlegung der Zwangsjacke beobachten, wie sich die Kranken stundenlang in ihr zu lockern versuchen, weil die ihnen noch verbliebene Bewegungsfreiheit sie offen-

bar dazu anreizt. Trotz des dem Wickel anhaftenden Zwangs scheue ich mich nicht ihn anzuwenden, weil er mir im Vergleich zur Isolierung immer noch als das kleinere Übel erscheint, zumal das subjektive Wohlbefinden der Kranken im Wickel, wie ich aus zahlreichen Selbstberichten entnehmen darf, meist nicht beeinträchtigt ist. Die *Kraepelin*sche Methode das Tuch nur verhältnismäßig lose so um den Leib zu schlingen, daß der Kranke sich von selbst freimachen kann, hat sich uns nicht bewährt. Die Kranken machen sich regelmäßig wieder von selbst frei; das erneute Einwickeln ruft neue Unruhe hervor. Auch die Kombination von Wickel und Dauerbad, womit *Kraepelin* sehr gute Erfolge erzielt hat, hat sich bei uns nicht bewährt.

Nun die Isolierungen. Daß der Isolierung ein richtiges Prinzip zugrunde liegt, nämlich die Absonderung der schwer Erregten von den anderen, das beweisen die oben genannten immer wieder erneuten Isolierungsversuche mit anderen Mitteln. Es kann auch darüber kein Zweifel sein, daß die Fernhaltung erregender Reize im Einzelraum auf den Kranken eine sehr wohltuende Wirkung haben kann. Daß das Alleinsein und -schlafen der Lebensgewohnheit vieler Menschen, und zwar nicht bloß denen der besseren Stände, mehr entspricht als der Aufenthalt mit vielen zusammen, darauf hat kein geringerer als *Bleuler* immer wieder hingewiesen. Wieviel Isolierzellen auf 1 Kranken der unruhigen Wache in unseren bayerischen Anstalten treffen, gibt die Tabelle 4 Aufschluß. Die große Zahl der Zellen in den älteren Anstalten soll natürlich nicht bedeuten, daß sie als Isolierzimmer benützt werden. Es wird mit ihnen ebenso gehalten werden wie bei uns in Werneck, wo der noch vorhandene Teil lediglich als Schlafplatz bei Nacht dient. Länger dauernde Isolierungen, welche anerkanntermaßen von der ungünstigsten Wirkung in körperlicher und psychischer Beziehung sind, werden wohl in keiner Anstalt mehr vorgenommen werden. Wir selbst in Werneck haben auf den unruhigen Wachstationen nur noch je 1 Isolierzelle, welche nur selten benützt wird, eigentlich nur dann, wenn infektionsverdächtige Kranke abgesondert werden müssen. Dagegen haben wir mit kurzen, vorübergehenden Isolierungen namentlich bei manisch Erregten oft gute Wirkungen gesehen. So haben wir zur Zeit einen Manisch-Depressiven, der in Zeiträumen von 14 Tagen bis 3 Wochen Anfälle von hohem Grad bekommt, der immer wieder selbst in die Isolierzelle verlangt und dort niemals in den Jahren, seit ich ihn beobachte, üble Gewohnheiten angenommen hat. Doch sind diese günstigen Fälle, wie ich nochmals betonen möchte, Ausnahmefälle.

Was endlich die **mechanischen Zwangsmittel** anlangt, so besteht auch hier keine Meinungsverschiedenheit mehr, daß sie nur dann angewandt werden, wenn vitale körperliche Indikationen auf keine andere Weise erfüllt werden können. *Kraepelin* und auch andere Autoren meinen, daß dies außerordentlich selten vorkomme. Nach meiner Erfahrung sind die Fälle indes nicht so selten. Die 10 Jahre, die ich in Werneck bin, haben wir uns fast jedes Jahr einmal genötigt gesehen eine Zwangsjacke zu verordnen. Ich erinnere mich dabei an einen Katatoniker, der durch eine seltene Stereotypie, krampfhaftes Augenzwinkern, sich eine schwere Conjunctivitis zugezogen hatte, die schon nahe daran war die Hornhaut zu zerstören. Nur durch Anlegen der Zwangsjacke waren fortlaufende antiseptische Spülungen möglich, die das Augenlicht retteten. Daß von der Anwendung des mechanischen Zwangs auch suggestiv-therapeutische Wirkungen ausgehen können, haben wir schon erwähnt. Wir haben zur Zeit eine ängstliche Depressive, welche in ihrer Unruhe ständig zu den anderen Kranken hinläuft und sie belästigt. Diese Kranke bleibt ruhig im Bett, wenn sie durch ein schmales lockeres Band, das unter der Rückenspange ihres Kleidungsstückes läuft, an das Bett gefesselt ist. Warum eine Packung oder Dauerbad da anwenden, wenn dieses einfache Bändchen den Zweck erreicht? Eine zweite Kranke, eine Schizophrene, hat heftige Stürme, in denen sie auf die Fenster losgeht; beim Herannahen bindet man sie mit einem einfachen Gurt im Bett fest, womit sie selbst sich zufrieden erklärt. Es kommt vor, daß sie vorher bittet angebunden zu werden. Das Bedürfnis, ohne die Hand des Personals die Kranken durch einfache mechanische Mittel im Bett zu halten, hat sich im übrigen immer wieder Bahn gebrochen. So hat im Jahre 1908 *Wolff* in Basel ein Gitterbett konstruiert, das, wenn es auch eleganter ist als das frühere Kastenbett, doch nichts anderes ist als eine Art von Käfig. Es scheint sich ebensowenig eingebürgert zu haben wie die sogenannte Netzbehandlung von *Neuendorf*, den mitteldeutschen Psychiatern im Jahre 1912 empfohlen. Der Kranke wird in eine Art Hängematte gelegt, die Hängematte wird aber nicht aufgehängt, sondern mit dem Kranken ins Bett gelegt. Beiden Methoden rühmen ihre Erfinder das überraschende Ruhigwerden der Kranken nach, das, wie ich glaube ähnliche Gründe hat, wie oben beim Wickel besprochen. — Im Jahre 1910 hat *Ganser* trockene Einpackungen anempfohlen, wie er sagt „zur vollständigen Abstellung der Motilität“, um kombiniert mit einer Mastkur durch verminderten Verbrauch und vermehrte Zufuhr von Nahrungsstoffen eine Besserung des allgemeinen Zustandes

und Beruhigung zu erzielen, — also eine Art von gewaltsamer Stopfkur. Ein Echo hat diese Empfehlung, soviel ich gesehen habe, nicht gefunden; aber man sieht, wie selbst ein so ausgezeichneter Irrenarzt wie *Ganser*, der sicherlich Zwangsmittel perhorreszierte, einer therapeutischen, nicht einmal begründeten Idee zu liebe den mit ihr verknüpften Zwang ganz übersah.

Gegen die hohe therapeutische Bewertung, die alle als No restraint angesehenen Behandlungsmethoden insbesondere die Bettbehandlung genießen, hat nun besonders *Simon* in Gütersloh Front gemacht. Seine Gedanken über „aktivere Therapie" in den Anstalten, einem größeren Kreis durch seinen Vortrag in Innsbruck im Jahre 1924 bekannt geworden, haben großes Aufsehen erregt. Er will die Heilerziehung und Beschäftigungstherapie nicht, wies es bisher schon geschah, nur auf einen mehr oder weniger großen Prozentsatz der Kranken, sondern in systematisch ausgebauter Weise auf alle Kranken, auch die erregten, ausgedehnt wissen. Um dies zu erreichen, müsse viel mehr wie bisher an das den Kranken für ihr Tun und Lassen noch gebliebene Verantwortungsgefühl appelliert werden. Er scheut sich nicht auszusprechen, daß die völlige Verneinung der Verantwortung verbunden mit einem, wie er sagt, „zum System erstarrten No restraint notwendigerweise zur Narrenfreiheit und zum unsozialen Verhalten führen müsse." Simon behauptet, daß es ihm gelungen sei, mit Hilfe seiner Methode, die in höchster Individualisierung bestehe und die vom vorsichtigsten, dem Kranken kaum bemerkbaren Führen und Lenken bis zum energischen Entgegentreten, auch bis zur Disziplinierung in Form von Isolierung u. a. reiche, die früheren schweren Ruhestörungen, Affektausbrüche, Gewalttätigkeiten auf ein Minimum reduziert zu haben. Stellen sich bei der Nachprüfung die Erfolge tatsächlich so groß heraus, so stehen wir sicherlich vor einem außerordentlich bedeutsamen Fortschritt, wenn nicht geradezu vor einer Umwälzung. Die Beschäftigung erregter Kranker selbst ist nicht neu und schon vielfach geübt worden, schon frühzeitig z. B. in Gabersee, und wird in irgend einer Form wohl in allen Anstalten geübt werden. Ich darf vielleicht darauf hinweisen, daß wir in Werneck, gezwungen durch die großen unruhigen Wachabteilungen, seit über 8 Jahren regelmäßig einen Teil der erregten Kranken beschäftigen. Wir haben auf den beiden unruhigen Männerabteilungen bei je 46 Kranken immer einen Stamm von etwa 10 Beschäftigten, unter die auch schwer Erregte versuchsweise gemischt werden. Auf der ruhigen Wachstation rückt seit langem eine große Gruppe ins Freie aus. Auf den beiden unruhigen

Wachen der Frauenseite ist infolge der besseren Versorgungsmöglichkeiten mit Handarbeiten das Verhältnis noch günstiger; unter 45 sind es immer 20—25, oft bis zu 30 Kranken. Ich bin ohne weiteres davon überzeugt, daß bei einer methodischen Einstellung des Gesamtbetriebes auf Beschäftigung überall noch sehr viel mehr erreicht werden kann als bisher. Ein endgültiges Urteil über die Methode kann aber nur der fällen, der sie an Ort und Stelle studiert hat. Daß sie in der Überspannung ihres Disziplinierungsprinzips auch große Gefahren hat, liegt auf der Hand, z. B. sehen die von *Simon* hie und da angewandten faradischen Suggestivbehandlungen den früheren kalten Güssen, Strahlenduschen usw. bedenklich ähnlich.

Der kritische Überblick über unsere Behandlungsarten der schwer Erregten, den ich hiemit beendet habe, mag manchem zu pessimistisch erscheinen. Bei aller Anerkennung der im einzelnen oft ausgezeichneten körperlich und psychisch beruhigenden Wirkung besteht ihr Hauptwert in praxi doch darin, daß wir in ihnen ein mild und individuell zu handhabendes Gliederungs-, Separierungs- und Verdünnungssystem haben, mit dessen Hilfe wir imstande sind, die ruhigen vor den unruhigen und diese wieder vor den schwer erregten Kranken zu schützen. In dem Umstand, daß wir nicht viel m e h r in ihnen haben, liegt meines Erachtens der wesentliche Grund für die Mißstände, die wir eingangs näher geschildert haben. Da wir gegen den einzelnen Erregungszustand verhältnismäßig wenig ausrichten, wird eben alles, was unser Verteilungs- und Verdünnungssystem stört und lahm legt, also namentlich eine starke Füllung und Überfüllung, sich zuerst und am unangenehmsten auf den unruhigen Abteilungen auswirken müssen. Es muß zwangsläufig zu Stockungen und Verstopfungen kommen; die nicht beeinflußbaren schwer Erregten besetzen alle Wachbetten und Dauerbäder, die leichter Erregten werden mit erregt, können nicht mehr entsprechend behandelt werden und verbreiten so ihrerseits die Erregung um sich.

Hilfe kann also nur werden, wenn uns der der Vermehrung unserer Kranken und der der Erregten im besonderen entsprechende Raum und das dazu nötige Personal zur Verfügung gestellt wird. Vorläufig wenigstens sehe ich keinen anderen Weg zur Abhilfe, solange nicht ein Fortschritt, wie etwa der *Simon*sche, unsere Behandlungsmethoden selbst wesentlich verbessert. Freilich werden wir mit Forderungen nach Raum und Personal in den Zeiten des Abbaues und der Verwaltungsvereinfachung wenig Gegenliebe, vielmehr schroffe Ablehnung zu gewärtigen haben. Was Neubauten oder die Vergrößerung der

Tabelle 5.

Versorgung mit Pflegepersonal nach wöchentlichen Arbeitsstunden.

Anstalten	Jetzt			1918/19		
	durchschnittl. Pfleger-quote	Arbeits-zeit	Stunden index	durchschnittl. Pfleger-quote	Arbeits-zeit	Stunden-index
Eglfing	1 : 4,5	64	14,2 : 1	1 : 2,4	48	20,1 : 1
Haar	1 : 4,0	64	16,0 : 1		48	
Gabersee	1 : 5,1	67	13,1 : 1		60	
Kutzenberg	1 : 6,0	72	12,0 : 1			
Ansbach	1 : 4,9	60	12,3 : 1	1 : 5,1	62	12,2 : 1
Lohr	1 : 5,0	66	13,2 : 1	1 : 3,7	60	16,2 : 1
Mainkofen	1 : 5,5	69	12,5 : 1	1 : 3,9	56	14,4 : 1
Gürzburg	1 : 5,3	60,7	11,4 : 1	1 : 4,0	57	14,0 : 1
Bayreuth	1 : 6+3	64	10,7 : 1	1 : 4,0	61	15,2 : 1
Erlangen	1 : 4,4	61	13,9 : 1	1 : 3,4	58,5	17,2 : 1
Werneck	1 : 5	66	13,2 : 1	1 : 3,7	60	16,2 : 1
Deggendorf	1 : 5,6	69	12,3 : 1	1 : 3,2	56	17,5 : 1
Kaufbeuren	1 : 5,1	65	12,7 : 1	1 : 3,5	60	17,1 : 1
Irrsee	1 : 5,1	64	12,5 : 1			
Regensburg	1 : 5,0	60	12,0 : 1	1 : 4,0	60	15,0 : 1
Frankenthal	1 : 5,2	60	11,5 : 1	1 : 5,2	60	11,5 : 1
Klingenmünster	1 : 4	65	16,2 : 1	1 : 4,3	60	13,9 : 1
St. Getreu b. Bamberg	1 : 4,7	60	12,8 : 1	1 : 4,5	56	12,4 : 1
		Vor 1914:		1 : 5	90	18 : 1

nicht mehr genügenden Anstalten anlangt, so werden wir uns allerdings angesichts der Not der Kreise von vorneherein bescheiden müssen. Aber wir werden wenigstens darauf bestehen, daß uns der Raum, der durch Einbauten von Notwohnungen u. a. verloren gegangen ist, nun endlich wieder zurückgegeben wird. Wohnungsbauten für das Personal könnten, wenn der ernstliche Wille dazu besteht, rascher und umfassender ins Werk gesetzt werden, als dies tatsächlich geschieht.

Was die Versorgung mit Ärzten und Pflegepersonal anlangt, so will ich der Kürze halber von einer Besprechung der Ärztefrage absehen, da sie von den Zeitläuften weniger berührt wurde; wenigstens der Personalabbau scheint an den Ärzten, soviel mir bekannt geworden, ziemlich gnädig vorübergegangen zu sein. Umsomehr einschneidende Veränderungen erfuhren die Verhältnisse bei dem Pflegepersonal durch die Einführung einer scharf begrenzten Arbeitszeit. Ich habe diese Veränderungen auf der Tabelle 5 darzustellen versucht. Man darf

annehmen, daß in der Vorkriegszeit ein Pfleger in der Woche im günstigsten Fall ungefähr 1 Tag frei hatte, die übrige Zeit mehr oder weniger aber zur Verfügung stand. Dies ergibt, wenn man die häufig noch dazu gekommene Nachtwache usw. nicht mit einrechnet, etwa eine wöchentliche Arbeitszeit von 90 Stunden. Eine günstige Pflegerquote in der Vorkriegszeit war das Verhältnis 1 : 5. Wenn man in diese Quote statt der Pflegerzahl die Arbeitszeit einsetzt, so treffen in der Vorkriegszeit auf 5 Kranke 90 Arbeitsstunden, das heißt 18 Arbeitsstunden auf 1 Kranken. Das Verhalten dieses Stundenindexes ist durch Tabelle 5 veranschaulicht. Man sieht, daß dieses für den Dienst günstige Verhältnis zur Zeit der niedrigsten Arbeitszeit und der Mehreinstellungen noch einigermaßen festgehalten war, daß es aber durch den Abbau wesentlich verschlechtert wurde. Es wird wohl in den übrigen Kreisen ähnlich gegangen sein, wie bei uns in Unterfranken. Die maßgebenden Stellen wollten wohl die Verminderung des Personals, scheuten aber das Odium der Arbeitszeitverlängerung. Die häufigen Klagen über mangelnde Reserven in Urlaubs-, Krankheits- u. a. Fällen kommen sicher daher, daß das nun einmal gegebene feste Verhältnis zwischen Pflegerquote und Arbeitszeit nicht genügend beachtet wurde. Vielleicht kann der Hinweis auf die Vorkriegszeit wenigstens dazu nützlich sein, einer weiteren etwa beabsichtigten Minderung des Personals entgegenzutreten. Nur beiläufig, um nicht als Laudator temporis acti mißverstanden zu werden, möchte ich bemerken, daß ich eine Rückkehr zu den Verhältnissen vor dem Krieg nicht für wünschenswert halte. Im Gegenteil, jeder, der die zahlreichen Referate und Diskussionen über die Wärterfrage der letzten Jahrzehnte durchstudiert, wird erstaunt sein über die damaligen sozialen Anschauungen, in die wir uns alle heute kaum mehr hineindenken können. Ich kann mir nicht vorstellen, daß ein Personal, das infolge schlechter Arbeitsbedingungen bis zu 50 % im Jahr wechselte, das nach 10 Dienstjahren als verbraucht bezeichnet wurde, im täglichen Dienst überanstrengt war, im ganzen besser war als das heutige. Ich glaube eher, daß das Wort von den rohen Pflegerfäusten, das so oft von den konservativen Ärzten den Stürmern und Drängern entgegengehalten wurde, doch nicht so ganz aus der Luft gegriffen war.

Wenn unseren Forderungen nach genügend Raum und Personal immer wieder der Ruf entgegenschallt, daß eben gespart werden müsse, so dürfen wir auch nicht mit unserer Meinung zurückhalten, wenn wir sehen, daß in der äußeren Organisation unseres Anstaltswesens beträchtlicher Aufwand an Geld und Arbeitskraft ganz nutzlos aufge-

wendet wird. Ich meine, das Thema von der Vereinfachung der Staats- und Kreisverwaltungen ist auch für die Irrenanstalten von hoher Aktualität. Wir sind in den letzten Jahren einer Zentralisierung und Bureaukratisierung unterworfen worden, die stellenweise unerträglich ist; und jeder von uns dürfte mit Leichtigkeit in der Lage sein, für sehr kostspielige sogenannte Verwaltungsleerläufe mehr wie ein drastisches Beispiel beizubringen. Gerade die Anstalten mit ihren vielen lokalen Bedingtheiten, mit ihrem eigenartigen von außen her nicht leicht verständlichen und nicht dirigierbarem Betrieb sind aber ein Schulbeispiel dafür, daß die Vereinfachung in nichts anderem bestehen kann als in weitgehender Selbstverwaltung und Selbständigkeit, in der Wiedergewährung von mehr Vertrauen in die Anstaltsleitungen, als es heutzutage üblich zu werden beginnt. Dies durfte, wie ich glaube, heute nicht unausgesprochen bleiben.

Ich bin damit am Ende meiner Ausführungen angelangt. Die sich aus ihnen ergebenden Feststellungen sind allerdings wenig erfreulicher Natur. Ich meine aber, besser als ein rosiger Optimismus und die Illusion, wie wir es ohne Zwang und Zellen so herrlich weit gebracht, ist die nüchterne Betrachtung der Dinge wie sie sind. Daß sie uns nicht zu einem fatalistischen Nihilismus zu führen braucht, sondern im Gegenteil zu ständiger Fortbildung und Reformierung des Überkommenen ansporrnt, das geht aus allem, was ich hierüber zu sagen versuchte, hervor.

Nach außen hin aber ergibt sich für uns die Pflicht, der Erkenntnis, daß die Behandlung der schwer erregten Kranken in letzter Linie eben doch eine Frage des Platzes, eine Frage des Personals und eine Frage des Geldes ist, überall dort, wo es nötig ist, zum Siege zu verhelfen.

Die medikamentöse Behandlung der schwererregten Kranken[1]).

Von

Dr. **Kil. Hofmann**, Anstaltsarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Werneck.

Am Ende des 19. Jahrhunderts setzte in der Irrenpflege eine mächtige Strömung für die Abschaffung der Zelle und der Narkotika bei den Unruhigen ein. An das 20. Jahrhundert sollte, um mit *Näcke*[1] zu sprechen, die zellenlose und die möglichst narkotikafreie Behandlung das Vermächtnis des 19. Jahrhunderts sein, des Jahrhunderts, das so energisch mit den Zwangsmitteln aufgeräumt hatte. Die Aufforderung von den Narkotika abzulassen, fand nicht die Zustimmung wie die, von der Zelle sich zu trennen. Man nahm immer wieder gegen die Richtung der narkotikafreien Behandlung Stellung. Wohin sie führt, zeigt am besten *Groß*[2], indem er sagt: „Bei prinzipieller Vermeidung aller narkotischen Mittel kann die Unruhe, zumal wenn gleichzeitig aus prinzipiellen Gründen wenig oder gar nicht isoliert wird, einen derartigen Grad erreichen, daß der Aufenthalt in unruhigen Abteilungen für noch einigermaßen auffassungsfähige Kranke zur Hölle wird.“ Wie eine Umfrage besagt, huldigen die Anstalten Bayerns diesem Extrem nicht; der Verbrauch der Narkotika hat eher nach dem Kriege angezogen.

Diese Tatsachen sind eben der Ausdruck dafür, daß zur Ruhigstellung einer Abteilung auch die Narkotika gehören. Wie die Überschrift des Referates gefaßt ist, liegt der Nachdruck auf dem Wort „schwer erregt“. Es kommen daher nur diejenigen Mittel in Frage, die in geeigneten Dosen eine genügend starke hypnotische, bzw. sedative Wirkung ohne Gefahr einer Vergiftung entfalten. Um genauer zu sein, sollen kurz die Eigenschaften, die wir von einem Mittel verlangen, angeführt werden. Die Forderungen, wie sie von *Bumke*[3] übernommen sind, bestehen in schneller und sicherer Wirkung, in Erzeugung eines ruhigen Schlafes oder einer vollkommenen Beruhigung,

---

[1]) Referat, erst. auf der Jahresversammlung des Vereins Bayerischer Psychiater zu Günzburg am 12. Juni 1926.



in keinerlei unangenehmen oder gar gefährlichen Neben- oder Nachwirkungen, in keiner Abstumpfung und Gewöhnung und nicht zuletzt in bequemer Darreichung. Alle einschlägigen Narkotika lassen sich in die beiden Gruppen, die alten und die neuen Mittel, gliedern. Dabei sind unter der Bezeichnung die alten Mittel diejenigen zu verstehen, die vor 1900 vorhanden gewesen sind, während die Narkotika unseres Jahrhunderts als neue bezeichnet werden.

Die alten Mittel sind bei den Aldehyden und Sulfonen, die zu den Narkotika der Fettreihe gehören, ferner bei den Alkaloiden zu finden.

Von den Aldehyden werden die Verbindungen Chloralhydrat und Paraldehyd gestellt. Vom Chloralhydrat ist seine ziemlich sichere und nicht abnehmende Wirkung bei Erregungszuständen verschiedenen vor allem motorischen Charakters in Einzeldosen von 2 bis 3 g bekannt. Hält man sich diese Tatsache vor Augen, so muß man die Einführung des Chloralhydrats im Jahre 1869 durch *Liebreich* als gewaltige Errungenschaft bezeichnen, zumal die damalige Zeit als bestes Narkotikum nur das Morphin kannte. Die Begeisterung für Chloralhydrat mußte sich unter dem Drucke der schlimmen Erfahrungen abkühlen. Trotzdem erfreut sich das bitter scharf schmeckende und schlecht riechende Mittel in Folge seiner Wirksamkeit auch heute noch einer gewissen Beliebtheit; so arbeiten 6 bayerische Anstalten mit Chloralhydrat. Wenn man das Mittel nicht aufgeben will, so muß man sich zum mindesten davor hüten, es bei Erkrankungen der Zirkulations- und Respirationsorgane anzuwenden; denn durch die Chlorkomponente sind diese Organe besonders gefährdet.

Wenn das Chloralhydrat als ein weniger ungefährliches Mittel bezeichnet werden muß, so ist der zweite Aldehydkörper, der Paraldehyd, gerade durch seine Unschädlichkeit ausgezeichnet. Der Paraldehyd, ein Polymerisationsprodukt des Acetaldehyds, ist das harmloseste Schlafmittel, das wir überhaupt haben. Nach *Bumke* kann mit der Einzeldosis von 3 g auf 10 g gegangen werden, mit der Tagesdosis bis auf 24 g. Selbst ein langer fortgesetzter Gebrauch hat keine unangenehmen Neben- oder Nachwirkungen zur Folge. Schwere Erkrankungen bilden ebenfalls keine Kontraindikation; nur bei Phthise im letzten Stadium und bei schwerstem Magenleiden wird man ihn vermeiden. Mit dem Vorteil des raschen Wirkungseintrittes verknüpft sich der Nachteil des nicht lange anhaltenden Schlafes. Außerdem ist der Paraldehydschlaf nicht besonders tief. Man kann mit Paraldehyd immerhin schon schwere Erregungszustände bekämpfen, zumal wenn man nach Rat von *Bumke* die Wirkung verlängert, indem man nicht

auf einmal eine hohe Dosis, sondern zum Einschlafen eine größere, zum Weiterschlafen beim Erwachen eine kleinere gibt. *Bumke* macht darauf aufmerksam, daß er sich bei seniler Demenz mit Erregungen besser bewährt, als die stärker wirkenden Sulfon- und Barbitursäurederivate. *Groß* [4] hebt hervor, daß er bei schweren anfallsweise auftretenden Angstzuständen der senilen Melancholie direkt als Euphorikum wirke. Bei der Indikation der Paraldehyds muß man sich die Erfahrungen *Langreuters* [5] zunutze machen. Dieser sah nämlich, daß alle Kranken, die sich nicht durch störende Reize ihrer Umgebung beeinflussen lassen, viel besser auf Paraldehyd reagieren als diejenigen, die beständig Material zur Erregung von der Außenwelt nehmen. Vor allem hat Paraldehyd dadurch noch an Bedeutung gewonnen, daß er sich als Flüssigkeit leicht mit anderen Schlafmittel kombinieren läßt. Dieses Vermögen ist gerade für uns sehr wichtig geworden; auf die Kombination von Medikamenten und deren Wirkungen wird später eingegangen werden. Der Paraldehyd hat so den Platz, den er sich seit seiner Einführung im Jahre 1882 erobert hat, behalten können.

Aus der Reihe der Sulfone ist das Trional zu erwähnen. Hört man den Namen Trional, so denkt man unwillkürlich an seine gefährliche Fähigkeit, rote Blutkörperchen zu zerstören und unter Bildung eines Farbstoffes den Urin zu röten. Diese Assoziation vermag offenbar manche vor der Anwendung des Trionals abzuschrecken. Die Furcht davor ist sicherlich übertrieben. Nach *Renner* [6] tritt nämlich diese Schädigung nur nach chronischem Gebrauch ein. Eine Umfrage *Merings* [7] im Jahre 1897 bei namhaften Kliniken ergab, daß das Trional im geringen Grade Neben- und Nachwirkungen besitzt, die bei einiger Umsicht so gut wie ausgeschaltet werden können. Eine zuverlässige Wirkung bei stärkeren Erregungszuständen wird anerkannt. Nach *Beyer* [8] soll man in derartigen Fällen Frauen 2 g, Männern 3 g geben. Das schwach bittere Mittel verschafft nach einem spät erfolgenden Wirkungseintritt einen ruhigen, langandauernden Schlaf. Den Wirkungseintritt können wir etwas beschleunigen, wenn wir Trional, allgemein alle schwer lösliche Narkotika, vor der Darreichung in heißem Wasser auflösen. Das Trional hat noch den Vorteil, daß es fast zu keiner Gewöhnung führt. Einer größeren Kumulation wird vorgebeugt, wenn man nach längerem Gebrauch Pausen von 1 bis mehreren Tagen eintreten läßt.

Der Verbrauch des Trionals, das 1889 als Narkotikum erkannt wurde, ging mit der Einführung des Veronals zurück, das an sich nach *Renner* etwas gefährlicher ist, wie das Trional.

Unter den bisherigen Narkotika befindet sich kein Mittel, das zur Injektion geeignet ist. Man versuchte es, und zwar mit Chloralhydrat; doch wurde davon Abstand genommen, da die Hauteinspritzungen Abscesse und Gangrän erzeugten. Die Alkaloide liefern nun im Skopolamin ein injizierbares Mittel.

Das Skopolamin, das schon von *Sohrt*[9] im Jahre 1885 zur Beruhigung starker motorischer Erregungen empfohlen wurde, schien trotzdem mehr gefürchtet als angewendet worden zu sein. *Bumke*[10] trat auf Grund der Literatur und seiner eigenen, jahrelangen Erfahrung mit Nachdruck der Meinung entgegen, daß es sich um ein gefährliches Mittel handelt. Die gebräuchliche Dosis ½ mg ist zur Beruhigung von Geisteskranken die unterste Grenze. Man injiziert bei stärkeren Erregungszuständen gewöhnlich 1 bis 1,5 mg Skopolamin. Wird Skopolamin innerlich gegeben, muß die Dosis erhöht werden, nach *Jahnel* von über 2 mg bis etwa 5 mg, um die Wirkung von Injektionen zu erreichen; die völlige Geschmacklosigkeit macht es zu dieser Darreichung besonders geeignet.

Skopolamin ist durch eine außerordentlich rasche und sichere Wirkung ausgezeichnet. Innerhalb 3—5 Minuten bringt die subkutane Injektion den gewünschten Erfolg. In der Wirkung versagt es fast nie; bei den schwersten Erregungszuständen tritt wenigstens eine Beruhigung ein; diesen Effekt verdankt es vornehmlich seiner Einwirkung auf die motorischen Rindenzentren. Die üblen Nebenwirkungen wurden den Verunreinigungen des Skopolamins zugeschrieben. Seitdem es gelungen ist ein reines Skopolamin herzustellen, sind sie verschwunden. Die unangenehmen Nebenwirkungen wie Pupillenstörung, Trockenheit im Halse fallen mit Recht nach *Bumke* gegenüber den Vorzügen nicht ins Gewicht. Vergiftungen, Idiosynkrasien sind nach *Bumke* „enorm selten". Nach *Jahnel*[11] sind bei Dringlichkeit Herzstörungen von Arteriosklerotikern und Senilen im allgemeinen keine Kontraindikation; *Friedländer*[12] gibt bei Herzstörungen prophylaktisch Kampfer. Vor längerer, regelmäßiger Anwendung, bei der man infolge Gewöhnung zu immer höheren Dosen greifen muß, ist zu warnen, da Skopolamin ungünstig auf die Ernährung einwirkt und so zu einem Kräfteverfall führt.

Mit dem Skopolamin sind die in Frage kommenden alten Mittel aufgezählt. Man ist damit wohl in der Lage, schwere akute Erregungszustände momentan zu koupieren, jedoch bei chronischen Erregungszuständen tut man sich schwer, da außer dem Skopolamin kein so stark wirkendes Mittel vorhanden ist. Die geringe Anzahl ließ einen

häufigen Wechsel, wie bei dem immerhin nicht undifferenten Mittel gefordert werden mußte, nicht zu. Neben- und Nachwirkungen sind bei allen nicht auszuschließen. Die innerliche Darreichung ist bei 2 Mitteln wegen ihres Geschmackes und Geruches zum mindesten nicht angenehm. Außerdem stand nur ein injizierbares Mittel zur Verfügung.

Dieser Mangel an guten Narkotika hat die Forscher angeregt nach Mitteln zu suchen, um ihn zu beheben. Dabei kamen *Emil Fischer* und *von Mehring* auf die Diäthylbarbitursäure, die sie unter dem Namen Veronal 1903 zur Einführung in die Therapie empfahlen. Die besondere Bedeutung dieser Verbindung beruht darin, daß sie gleichsam die Muttersubstanz der meisten neuen Mittel geworden ist. Es beginnt nun das Zeitalter der Barbitursäurederivate. Die Einteilung in alte und neue Mittel, die zunächst nur einen zeitlichen Charakter zu tragen schien, erhält auf diese Weise innere Berechtigung. Die zweite Gruppe der neuen Mittel sind die Antipyretika.

Als für unseren Zweck geeignete Barbitursäurederivate möchte ich nur erprobtere Mittel wie das Veronal, Paranoval, Luminal, Somnifen und Phanodorm anführen.

Davon sind Veronal, Luminal und Phanodorm im Wasser schwer löslich, alle bitter von Geschmack mit Ausnahme von Paranoval, außerdem nicht ganz frei von Kumulationserscheinungen, die beim Luminal am stärksten, beim Phanodorm am schwächsten sich ausprägen. Gemeinsam ist ihnen ein ziemlich später Wirkungseintritt, der sich bis über 2 Stunden hinausziehen kann; die intravenöse Injektion des Somnifen schließt sich natürlich in diesem Punkte aus. Der tiefe Schlaf dauert zumeist lange an.

Mit den Details beginne ich beim Veronal. Die gewöhnliche Einzeldosis ist 0,5 bis 0,75 g, die Tagesdosis 1,5 g. Bei schweren Erregungszuständen werden am meisten 1,0 g, 1,5 g gebraucht; *Spielmeyer* [13] wendete zuweilen 2,0 g an. Seine Erfahrungen mit Veronal sind „recht günstig" mit der Einschränkung, daß es bei gewissen Erregungszuständen aus der Gruppe der Dementia praecox unzuverlässig ist. *von Husen* [14] hatte bei hochgradigen Erregungszuständen mit Gaben von 1,0 bis 1,5 g recht gute Erfolge. Selbst bei größeren Gaben und länger dauerndem Gebrauch sah *Spielmeyer* keine Schädigung von Herz, Gefäßen, Lungen oder Nieren. Jedoch finden sich nach größeren Gaben zuweilen nach dem Erwachen Schläfrigkeit und taumeliges Wesen. Ein weiterer Nachteil ist die Erschöpfbarkeit der hypnogenen Kraft. Wenn es auch keine Kontraindikation bei Veronal

gibt, so ist doch Vorsicht am Platze bei Arteriosklerose und Schrumpfniere. Eine günstige Nebenwirkung hat das Veronal in seiner Eiweißeinsparung, die dadurch zustande kommt, daß die Stickstoffausscheidung vermindert ist. Auf diese Weise ist die Gewichtszunahme bei Veronalgebrauch zu erklären. Das Veronal ist das beliebteste Narkotikum; anfangs stand nur der hohe Preis der Verbreitung hindernd im Wege. Diese Schranke fiel 1907, als der gleiche Stoff unter seinem wissenschaftlichen Namen viel billiger wie Veronal in den Handel kam.

Das Veronalnatrium, Medinal genannt, löslich im Wasser, hat sich nicht einbürgern können, da es nicht so zuverlässig wie Veronal und dazu sehr teuer ist.

Ein Nachteil von Veronal, der seine Verwendbarkeit bei Geisteskranken oftmals einschränkt, ist in dem Paranoval, das geschmacklos ist, behoben. Es ist seit 1924 bekannt, besteht aus Veronalnatrium und Dinatriumphosphat. Die entbitternde Wirkung ist dem Phosphation zuzuschreiben, eine Entdeckung, die von *Straub* stammt. Die ersten Versuche, die *von Rad* [15] aufstellte, fielen so günstig aus, daß *Kaiser* [16] das Mittel bei heftig erregten, die keine Medikamente nahmen, anwendete; er tat bei diesen Paranoval ins Essen. Ohne Nachteil gab er derartigen Kranken 2,0 bis 3,0 g, vorübergehend sogar bis 5 g am Tage. Um sich die Stärke des Mittels klar machen zu können, sei angeführt, daß 1 g Paranoval etwa 0,45 g Veronal entspricht. *Kaiser* hatte gute Erfolge. Es gelang ihm, die Kranken im Bett oder wenigstens im Bad zu behalten. *Eglfing* ist mit Paranoval zufrieden. Wir können uns diesen günstigen Urteilen gleichfalls mit unseren Erfahrungen anschließen.

Das stärkste Hypnotikum aus der Reihe der Barbitursäurederivate ist das Luminal. Das Luminal, Acidum aethylphenylbarbituricum wurde 1911 eingeführt. Die gebräuchliche Einzeldosis hält sich in den Grenzen von 0,1 bis 0,3. Bei schweren Erregungszuständen kann das 4—8 fache von 0,1 ab Einzeldosis genommen werden. Die Tiefe des Luminalschlafes kommt nach *Sioli* [17] der des Hyoscinschlafes gleich. *Löwe* [18] gelang es mit Luminal allein eine unruhige Abteilung ruhig zu stellen. Er gab bei Unruhigen 0,4, bei besonders Unruhigen 0,6—0,8 Luminal. 5—8 stündigen Schlaf sah er bei 80 %, bei einigen nur eine Beruhigung. Nach Ansicht von *Löwe* kann Luminal das Hyoscin ersetzen; nur dann, wenn augenblicklicher Erfolg nötig ist, kann man Hyoscin nicht umgehen. Nebenwirkungen bemerkte er nach längerem Gebrauch; Exantheme sind nicht selten.

Reiß [19] beruhigte mit Gaben von 0,7 Kranke, die wegen ihrer Erregung eine wahre Crux für den Abteilungsarzt bildeten. Allgemein gerühmt ist die gute Wirkung beim Delirium tremens. Nach *Como* [20] gibt man zunächst 0,4 oder 2mal 0,2 Luminal, am anderen Tage die gleiche Menge; auf diese Weise wird das Delirium tremens zum Abklingen gebracht. Bei alten Leuten soll man nicht über 0,4 als Einzeldosis gehen. Bei diesen sehr hohen Einzeldosen ist eine genaue Überwachung des Kranken nötig, da natürlich in derartigen Fällen die Gefahr der Neben- und Nachwirkungen wächst. Man muß darauf schauen, daß die bekannten Regeln beim Gebrauch von Schlafmitteln eingehalten werden. Die Funktionen der Stuhl- und Urinentleerungen dürfen nicht gestört sein; bei hohen Dosen darf natürlich das Mittel nicht lange ohne Pausen von mehreren Tagen gegeben werden; der Kräftezustand des Patienten muß berücksichtigt werden. Auf der anderen Seite darf man die Erfahrungstatsache nicht vergessen, daß im allgemeinen die Kranken, je erregter sie sind, desto besser hohe Dosen vertragen. *Wiethold* [21], der sehr hohe Dosen gebraucht, sagt in gleichem Sinn: Allgemein bestand der Eindruck, daß mit dem Grade der Erregung auch die Menge der Narkotika gesteigert werden muß, daß aber glücklicherweise die Resistenz des Kranken im gleichen Maße gegen die therapeutische wie gegen die toxische Wirkung der Narkotika anstieg.

Das lösliche Luminalsalz, Luminalnatrium hat als Injektionsmittel eine sehr große Bedeutung bekommen. Die Lösung hat nur den Nachteil, daß sie sich nicht lange hält; es kommt daher Luminalnatrium in Doppelampullen in den Handel; die eine Ampulle enthält das Pulver, die andere das Wasser; ein Quecksilberfaden trennt die beiden; die Vereinigung erfolgt durch Erhitzen des Quecksilbers. Will man den hohen Preis einer solchen Doppelampulle umgehen, so hält man sich an das Verfahren von *Schneider*, das er in der Münchener Medizinischen Wochenschrift Nr. 50 des Jahrganges 1924 mitteilt, um sich eine 20%ige Lösung herstellen zu können. Man gibt eine Ampulle oder 2 ccm, d. h. nicht unter 0,4 Luminalnatrium, und zwar tief intramuskulär. Bei stark erregten und kräftigen Personen kann nach *Schneider* bis auf 5 ccm — das ist 1 g Luminalnatrium als Einzeldosis — gestiegen werden, wenn ihre Reaktion auf Luminal bekannt ist. Luminalnatrium wird sehr geschätzt wegen seiner Brauchbarkeit bei schweren Erregungszuständen; zum mindesten kann dadurch eine Beruhigung erreicht werden. Soll rasche Wirkung erzielt werden, so gibt man zunächst 0,5 bis 1,0 mg Skopolamin, anschließend daran

und zwar getrennt Luminalnatrium, bei dem allein nicht unter ¾ Stunde Beruhigung oder Schlaf eintritt.

Diesen Nachteil des Luminalnatriums kann das Somnifen beheben. Von Somnifen, das eine 20%ige Lösung von diäthylbarbitursaurem und isopropylpropenylbarbitursaurem Diäthylamin darstellt, hörte man im Jahre 1920 zum ersten Male. Es wird in Tropfenform verabreicht und zwar 20—60 Tropfen oder in Ampullen 2—4—6 ccm. Durch die Wirkung nach intravenöser Injizierung kann es an die Seite von Hyoscin gestellt werden; doch hat Hyoscin den bedeutenden Vorteil, daß es subkutan gegeben werden kann. Eine intravenöse Injektion bei einem Schwererregten zu machen wird nicht leicht gelingen, zumal die Injektion mit größter Vorsicht zu machen ist, um entstandene, nach oben steigende Blutkügelchen nicht einzuspritzen; das aufgezogene Blut ballt sich nämlich zu Kügelchen zusammen, die eine Emboliegefahr bilden. Bei sonstiger Anwendung ist es in seiner Wirkung dem Hyoscin unterlegen. Gewiß leistet es bei schweren Erregungszuständen ziemlich gute Dienste; leider tritt nach unserer Erfahrung Gewöhnung ein. *Handschuh* [22] berichtet, es macht bei Leuten mit guten Zirkulationsverhältnissen keinen Schaden. Bei alten und schwachen Leuten ist die intravenöse Injektion zu vermeiden, die Tropfenzahl von 30 nicht zu überschreiten.

Von den Mitteln aus der jüngsten Vergangenheit will ich mich auf das Phanodorm beschränken. Es dürfte deshalb anzuführen sein, da häufige Versuche, darunter von *Lackerbauer* [23] und *Pfannmüller* [24] günstige Resultate zeitigten. Phanodorm mit dem chemischen Namen Cyclohexenyläthylbarbitursäure ist seit 1925 bekannt. Obwohl es im Wasser schwer löslich ist, wird es vom Magendarmkanal sehr gut resorbiert. Wegen eines raschen Abbaues im Körper ist die Gefahr der Kumulierung nicht groß. Die gewöhnliche Einzeldosis beträgt 0,2. Für schwere Erregungszustände kommen nach *Lackerbauer* Dosen von 0,4 bis 0,5 in Betracht. Gaben bis 0,8 erwiesen sich als unschädlich. 80 % Wirkung erreichte *Lackerbauer* bei Schizophrenen, paralytischen und epileptischen Erregungszuständen. Versager hatte er bei hochgradig halluzinatorischer und ängstlicher Unruhe. Bei manischen Erregungszuständen brachte er mit 0,5 $^2/_3$ der Fälle zur Ruhe. Bei Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters insbesonders mit triebhafter psychomotorischer Unruhe erzielte er mit Dosen von 0,4 ausreichend guten Schlaf. Darin stimmen unsere Erfahrungen überein.

Neben der Methode, die Höhe der Erregung mit Steigerung der

Einzeldosis bis zu einem gewissen Grade zu bekämpfen, haben wir noch ein anderes Mittel zur Verfügung, nämlich die Kombinationsmöglichkeit der Narkotika. Mit der Wirkungsweise von Kombinationen hat sich eingehend *Bürgi*[25] beschäftigt. Die Frucht seiner Arbeiten war die Aufstellung des Kombinationsgesetzes. Danach addieren sich bei Kombination Medikamente, wenn sie den gleichen pharmakologischen Angriffspunkt haben, vervielfältigen sich, wenn sie verschiedene Angriffspunkte besitzen, d. h. die Stoffe aus der narkotischen Fettreihe addieren sich bei Kombination in ihrer Wirkungsweise, Stoffe, die nicht chemisch verwandt sind wie Skopolamin und Narkotika der Fettreihe verstärken sich um ein Vielfaches.

Hierbei zeigt sich die große Brauchbarkeit von Paraldehyd. Er ist gleichsam unsere Kombinationsgrundlage. Man kombiniert z. B. Paraldehyd mit Skopolamin, mit Veronal oder Luminal und erzielt mit diesen Mischungen recht günstige Resultate, indem ein rascheres Einschlafen und eine längere Schlafdauer bewerkstelligt wird.

Zu besonderer Wichtigkeit gelangte die Kombination des souveränen Beruhigungsmittels Skopolamin mit Morphin. Diese Vereinigung hebt unangenehme Nebenwirkungen von Skopolamin und Morphin auf. Jedoch muß gegen die übliche Meinung hervorgehoben werden, daß sich dabei auch die Toxität steigert. Man hat mit Skopolamin-Morphin in den Mengenverhältnissen von 1—2 mg Skopolamin und 1—3 cg Morphin ein sehr kräftiges Mittel gegen schwere psychomotorische Erregungen in der Hand. Eine Gewöhnung läßt auch Skopolamin-Morphin nicht ausschließen; sein Einfluß auf den Kräftezustand scheint bei längerem Gebrauch etwas ungünstiger zu sein als der des Skopolamins. Wegen der Brauchbarkeit der Kombinationen soll der Appell von *Halbey*[26] aus dem Jahre 1912, weitere Versuche in der einschlägigen Richtung anzustellen, von dieser Stelle aus wiederholt werden.

Die Kombinationsmethode drückt das Suchen aus, die Medikamente in einer Weise auszunützen, wie es nur möglich ist. Mit diesem Vorgange ist der Anfang gemacht, das Narkotikum zum Mittel eines Verfahrens werden zu lassen. Die Entwicklung drängt dabei das Narkotikum etwas in den Hintergrund, das Verfahren ist Parole. Damit stehen wir mitten in der Bewegung der Dauernarkose, die 1921 durch *Kläsis*[27] Somnifenkur ins Rollen gebracht worden ist.

Es wäre aber ein Irrtum anzunehmen, der Gedanke der Dauernarkose stamme von *Kläsi*; er ist sicherlich schon alt. Bei Durchsicht der Literatur stieß ich im Zentralblatt für Psychiatrie, Jahrgang 1901,

zum ersten Mal auf eine Veröffentlichung von *Wolff*, die den Dauerschlaf mit Trional zum Gegenstand hatte. Er teilt Fälle von schwerer manischer Erregung mit, die durch den Trionaldauerschlaf zur Heilung gebracht worden sind. 1907 berichtete er in der gleichen Zeitschrift von weiteren Erfahrungen. Auch zwei Schizophrene, einen erregten Halluzinanten und einen erregten Katatoniker konnte er damit beruhigen. Bei den Fällen des manisch-depressiven Irreseins kommt er zum Resultat, daß nicht alle Fälle, jedoch der größere Teil geheilt wurden, daß aber die störenden Erscheinungen der Erregungen verschwunden sind. *Wolff* ging folgendermaßen vor. Anfangs waren größere Gaben von 2—4 g pro Tag nötig. War der Kranke in eine Narkose gekommen — es was dies ungefähr am 3. Tag —, so genügte 1 g für den Tag. Die Dauer der Narkose belief sich auf 2 Wochen, die Gesamtmenge des verordneten Trionals auf 20—30 g. Eine Gefährlichkeit ist in dieser Dauernarkose nach *Wolff* nicht gelegen, wenn für beständige Überwachung gesorgt ist.

1915 teilt *Epifanio*[28] mit, daß er bei Erregungszuständen verschiedenster Herkunft die Narkose von Luminalnatrium mit einer Tagesdosis von 0,4 bis 1,0 g durchgeführt habe. Dabei bemerkte er nicht nur eine Beruhigung, sondern bei einem Teil eine auffallende Besserung.

Kluge[29] meldet auf der 8. Tagung der ungarischen Psychiater im Jahre 1924, daß er sich des Medinals zur Dauernarkose bedient habe, bevor er von der Somnifenkur *Kläsis* etwas gehört habe; er habe damit gute Erfolge gehabt.

Jede der drei Dauernarkosen wuchs nicht zu der Bedeutung an wie die von Kläsi. Die Art und Weise, wie er bei einer Somnifenkur vorging, ist so bekannt, daß ich mich bei ihrer Schilderung ganz kurz fassen kann. Er leitete die Dauernarkose mit Skopolamin-Morphin ein, gab nach Schlafeintritt 4 ccm Somnifen intravenös. Um den Schlaf anzuhalten, waren meistens für den Tag je 2 ccm morgens und abends nötig. Diese Kur wurde bis auf eine Woche ausgedehnt. Die Kranken waren zu den körperlichen Verrichtungen leicht weckbar. *Kläsi* ging bei dieser Somnifenkur von den beiden Erwägungen aus, daß eine solche Anästhesierung beruhigend und heilend bei schizophrenen Aufregungszuständen wirken müsse im Sinne der Hypothese von Cloetta. Danach können nämlich entzündliche Vorgänge durch Anästhesie geheilt werden. Ferner wollte *Kläsi* bei den Kranken mit der Kur eine gewisse Hilfsbedürftigkeit erreichen, in der ein besserer Rapport und damit eine bessere therapeutische Beeinflussung möglich

ist. Bei der Nachprüfung entstanden Meinungsverschiedenheiten über den Wert dieser Dauernarkose, die in den letzten Jahren bei allen Arten von Psychosen Anwendung fand. Es macht nun den Eindruck, als ob die Zahl derer, die die Somnifenkur ablehnen, ziemlich im Ansteigen begriffen ist. Unter diesen befindet sich *Müller* [30], der seinen Standpunkt eingehend mit seinen Erfahrungen und mit Literaturangaben begründet. *Müller* errechnet eine Mortalität von 5%, obwohl nur gesundes Material genommen und die Kur bei bedrohlichen Nebenerscheinungen sofort abgebrochen wird. Die Erfolge *Kläsis* bei Schizophrenen schreibt er vor allem dessen psychotherapeutischem Können zu, da andere derartige Resultate nicht erzielt haben. Bei den 311 Behandelten trat nach *Müller* in 11,2% der Fälle eine weitgehende Besserung, eine sogenannte Heilung ein, bei 27% eine Besserung, bei 56% kein Erfolg ein. Den Folgerungen *Müllers*, die Somnifenkur einem schweren chirurgischen Eingriff gleichzusetzen, die Dauernarkose daher mit einem weniger gefährlichen Mittel durchzuführen, ist zuzustimmen.

Aus der Rostocker psychiatrischen Klinik erschien 1924 eine Arbeit von *Wiethold* [31], die zeigt, daß man dort die Forderung der Zeit, Dauerschlaf mit harmloseren Mitteln als Somnifen bereits in die Tat umgesetzt hatte. Dort wurde die Dauernarkose mit reichlicher Zufuhr von 5—10 g Paraldehyd und 1—2 mg Skopolamin in Form von Klysmen unterhalten. Die Klystiere wurden so oft wie notwendig 3—7 mal im Tage wiederholt und solange gebraucht, bis eine Beruhigung eingetreten war. Irgendwelche Schädigungen wurden nicht beobachtet. Dies Verfahren erwies sich schon recht wirksam gegen alle Arten von Erregungszuständen. 1925 erschien eine Mitteilung über seine weiteren Ergebnisse. Er hatte seine Kombinationsmethode weiter ausgedehnt, indem er zu den Paraldehyd-Skopolamin-Klysmen Luminal, Veronal und andere Barbitursäurederivate gab. Ein Schema stellte er nicht auf; es sollten vielmehr die Narkotika und die Dosen je nach dem individuellen Ansprechen gegeben werden. So mußte er bisweilen zu sehr hohen Dosen greifen, beispielsweise verabreichte er vorübergehend bei Kranken im Tage 60 g Paraldehyd, 4—5 mg Skopolamin + der 10fachen Menge Morphium, außerdem 0,4 bis 0,6 g Luminal oder die gleiche Menge eines anderen Barbitursäurenarkotikums. Diese „verwegenen" Tagesportionen wurden anstandslos vertragen. Die Dauer dieser Kuren erstreckte sich von 4 Tagen bis auf 3 Wochen; plötzlich wurde mit den Narkotika nicht aufgehört. Es gelang damit in vielen Fällen selbst bei hochgradig Erregten eine Dauernarkose,

wenigstens eine Ruhigstellung. Diese Ergebnisse ermuntern in Anbetracht der offenbar erheblich geringeren Gefährlichkeit zur Nachahmung.

Bis vor nicht so langer Zeit hätte man es nun mit der Aufzählung von Medikamenten und ihren Anwendungsmethoden, die zur Beruhigung von schwer erregten Kranken geeignet sind, sein Bewenden lassen können. Mit 1924 kennen wir durch das Verdienst von *Weichbrodt* und *Lautenschläger* [32] eine Gruppe von Stoffen, die im allgemeinen nicht wirksam werden bei einer Einzelgabe wie die übrigen Hypnotika, sondern erst bei einer längeren Darreichung. Der Effekt, eine allgemeine Beruhigung des Kranken, kommt nach einer abgeschwächten Form von Dauernarkose, besser gesagt nach einer Dauerruhigstellung. Infolge ihrer Verwendungsart und Wirkungsweise ist ihre Besprechung hier am Platze. Die Stoffe sind Salizyl- und Chinolinpräparate, die pharmakologisch unter der Bezeichnung Antipyretica zusammengefaßt werden.

Weichbrodt ging von einer 20%igen Lösung von Natrium salicylicum aus, von der er täglich 2 mal 10 ccm intravenös injizierte. Nach einigen Tagen trat bei Erregungszuständen eine Beruhigung ein, die einige Zeit anhielt. Danach aber erschien wieder die alte Erregung. Das Mittel kann ohne Bedenken längere Zeit injiziert werden. Mit Unterstützung von Lautenschläger wurden dann Chinolinpräparate wie Atophan mit gleichem Erfolge versucht. Die letzteren Stoffe können auch intramuskulär gegeben werden. *Weeber* [33] konnte die therapeutischen Erfolge *Weichbrodts* mit Natrium salicylicum bestätigen; er hatte gleich günstige Resultate bei seinen Versuchen mit Atophanyl. 1925 kam *Weichbrodt* [34] zum Hexophannatrium, das er in 10%iger Lösung täglich bis zu 3 g intramuskulär anwendete. Die beruhigende Wirkung macht sich bei Erregten erst nach einigen Tagen bemerkbar. Daher ist es nötig, während dieser Zeit Schlafmittel zu geben. *Klein* [35] bediente sich bei Anwendung von Hexophannatrium folgender Technik: Um das von *Weichbrodts* Versuchen her bekannte Erbrechen zu umgehen, gab sie 8 Tage lang 0,3 g. Danach ging sie erst langsam, dann schneller bis 3 g hinauf. Die Resorption ist schmerzlos. Die Kranken bleiben wach, ruhig zu Bett. Diese Behandlung dauerte ungefähr einen Monat, an dessen Ende meistens eine deutliche, anhaltende Beruhigung einsetzte. 14 günstig beeinflußten Fällen standen 2 Versager gegenüber. Unter den gebesserten Fällen fand sich eine manisch-depressive Kranke; die übrigen waren schizophrene. Diese Behandlungsart verdient der Nachprüfung.

Weichbrodt [35] erklärt sich diese Wirkung der Salicyl- und Chinolinpräparate aus inneren Beziehungen zwischen chronischen Gelenkerkrankungen und endogenen Psychosen. Beide Störungen haben nach seiner Ansicht gemeinsame Punkte wie gewisse Lebensalter, in denen sie auftreten, eine Vielheit von Ursachen. Er beruft sich dabei auf einzelne Beobachtungen *Mendels*, bei denen die Erscheinungen der Psychose beim Auftreten eines Gichtanfalles abgeklungen sind. Wie man sich auch zu dieser Hypothese stellen mag, so wird man sich doch zunächst einmal fragen müssen, ob denn nicht die pharmakodynamische Kraft eine Rolle dabei spielt. Daß dies der Fall ist und diese Rolle nicht unbedeutend sein kann, wird man zugeben müssen, wenn man sich vor Augen hält, daß *Schmiedeberg*, *Meyer* und *Gottlieb* [36] diese Stoffe als „Fiebernarkotika" wegen ihrer beruhigenden und leicht narkotischen Wirkung bezeichnen. In diesem Sinne beeinflussen sie nach *Wuth* [36] hauptsächlich die vegetativen Zentren. Die Art ihrer Wirkungsweise bei dieser Technik legt die Vermutung nahe, es müsse zunächst eine Speicherung des Mittels im Körper stattfinden, bis es überhaupt wirken könne. Hat nun durch längeren Gebrauch des Mittels die Speicherung einen gewissen Grad erreicht, so kann daraus eine Dauerwirkung hervorgehen. Der Effekt ist eben der Milde des Mittels entsprechend an eine längere Darreichungszeit gebunden und wird in einer einfachen Ruhigstellung erreicht.

Wenn wir die neuen Narkotika überschauen, so vermissen wir freilich auch unter ihnen das Ideal eines guten Schlafmittels. Aber trotzdem haben sie Vorzüge vor den alten Mitteln. Als Gewinn ist schon die große Anzahl von neuen Mitteln zu buchen. Dadurch ist uns die Möglichkeit gegeben, häufig mit den Narkotika wechseln zu können. Auf diese Weise werden die Gefahren, die bei längerem Gebrauch des gleichen Mittels heraufbeschworen werden, beseitigt. Wenn auch die hypnogene Kraft des Skopolamins nur das Luminal besitzt, so zeichnen sich die neuen Mittel fast durchwegs durch einen stärkeren Wirkungsgrad gegenüber den übrigen alten aus. Ein weiterer Vorteil ist dadurch gegeben, daß wir mehrere injizierbare Mittel und ein vollkommen geschmackloses Narkotikum erworben haben.

Der größte Fortschritt besteht darin, daß ein neues Mittel den Anstoß zur Dauernarkose und zu deren Ausbau gegeben hat.[4] Damit ist man nun dahin gekommen, nicht nur wie bisher die Erregung für einige Stunden zu bekämpfen, sondern eine dauernde Beruhigung in vielen Fällen herzustellen. Die Dauernarkose ist zum therapeutischen Prinzip geworden. An Stelle der gefährlichen Somnifenkur sind bereits

harmlosere Narkotikakuren getreten. Durch den günstigen Einfluß der Dauernarkose auf den Krankheitsverlauf können wir einen Einwand gegen die Schlafmittel entkräftigen. Man hört immer wieder, die Unterdrückung der Erregung schade dem Kranken wie die Herabsetzung des Fiebers; für den Kranken sei es besser, wenn die Erregung sich ungehemmt verpuffen könne. Heute können wir aber mit Bestimmtheit sagen, durch die Beruhigung mit Narkotika wird den Kranken genützt.

Sind wir nun mit unserer medikamentösen Therapie imstande, allen Erregungszuständen Herr zu werden? Auf diese Frage müssen wir gestehen, daß wir immer noch Versager haben; sie können nur ein Ansporn sein diesen verheißungsvollen, aber beschwerlichen therapeutischen Weg weiter zu gehen. Vielleicht wird es auf ihm gelingen, zu einer kausalen Therapie zu kommen. Aus den bisherigen Errungenschaften unseres Jahrhunderts glaube ich berechtigt zu sein, *Näcke* zu korrigieren. Das Vermächtnis des 19. Jahrhunderts an unser Jahrhundert war nicht möglichste Abschaffung der Narkotika bei Unruhigen, sondern das Bestreben über die symptomatische Behandlung der Erregungszustände zur kausalen Therapie zu gelangen.

Literaturverzeichnis.

1. *Näcke*, Psych.-Neur. W. 1903/4, S. 14.
2. *Groß*, Allg. Therapie der Psychosen, Handbuch der Psych. von Aschaffenburg 1912.
3. *Bumke*, Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1902 S. 489.
4. *Groß*, Allg. Z. f. Psych. 56.
5. *Langreuter*, Arch. f. Psych. Bd. XV.
6. *Renner*, Schlafmitteltherapie 1925.
7. *Mering*, Therapeut. Monatshefte, Aug. 1896.
8. *Beyer*, Arch. f. Psych. Bd. 25.
9. *Sohrt*, cit. nach Halbey, Psych.-Neur. W. 1912/13 Bd. 13.
10. *Bumke*, Monatsschrift f. Psych. u. Neur. 1903, S. 62.
11. *Jahnel*, Behandlung akut bedrohlicher Erkrankungen 1922.
12. *Friedländer*, Psych.-Neur. W. 1915/16 Nr. 35/36.
13. *Spielmeyer*, Zentralbl. f. Psych. 1903.
14. *von Husen*, Psych.-Neur. W. 1904 Nr. 6.
15. *von Rad*, D. med. W. 1924 Nr. 11.
16. *Kaiser*, M. med W. 1924 Nr. 20.
17. *Sioli*, M. med. W. 1912 Nr. 25.
18. *Löwe*, D. med. W. 1912 S 947.
19. *Reiß*, Psych.-Neur. W. 1912/13 Nr. 5.

20. *Como*, Dissertation 1914.
21. *Wiethold*, M. med. W. 1925 Nr. 35.
22. *Handschuh*, M. med. W. 1921 Nr. 40.
23. *Lackerbauer*, Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. 1925 Bd. 99.
24. *Pfannmüller*, M. med. W. 1925 Nr. 46.
25. *Bürgi*, cit. nach Halbey, Psych.-Neur. W. 1912/13 Bd. 13.
26. *Halbey*, Psych.-Neur. W. 1912/13 Bd. 13.
27. *Kläsi*, Ztschr. f. d. g Neur. u. Psych. 74 S. 557.
28. *Epifanio*, zit. nach Kläs .
29. *Kluge*, Psych.-Neur. W. 1925 S. 426.
30. *Müller*, Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. Bd. 96.
31. *Wiethold*, M. med. W 1924 S. 1460.
32. *Weichbrodt* u. *Lautenschläger*, Arch. f. Psych. Bd. 96.
33. *Weber*, Psych.-Neur. W. 1925 S. 116.
34. *Weichbrodt*, Psych.-Neur. W. 1925 S. 97.
35. *Klein*, Arch. f. Psych. Bd. 75.
36. *Schmiedeberg* usw. zit. nach Wuth., M. med. W. 1924 Nr. 27.

Beitrag zur Paranoiafrage [1]).

(Paranoische Entwicklung auf dem Boden eines prozessiv entstandenen Defektes.)

Von

Dr. **Jakob Haas.**

Bei paranoischen Erkrankungen handelt es sich nach der jüngsten Auffassung *Kraepelins* um die Entwicklung krankhafter Persönlichkeiten unter dem Einfluß des gewöhnlichen Lebensschicksals. Diese Meinung wird von einem großen Teil der heutigen Forscher geteilt, und zwischen ihnen dreht sich der Streit im wesentlichen um die Art der erkrankenden Persönlichkeiten und um die Voraussetzungen, die in der paranoischen Veranlagung einerseits, dem Schicksal andererseits gegeben sein müssen. Andere Forscher halten jedoch daran fest, daß eine Paranoia nur zustandekommen könne auf dem Boden dieser oder jener biologischen Vorgänge. So faßt etwa *Ewald* im Anschluß an *Specht* die chronische Paranoia als den Ausdruck milder, manisch-melancholischer Erkrankungen bei besonderen Charakteren auf. Von *Bleuler* wurde früher die Frage erwogen, ob es sich bei der Paranoia nicht bloß um sehr milde schizophrene Prozesse handeln könne, die es nur nicht über die Wahnbildung hinausbringen. *Hoffmann* wie *Lange* und *Kahn* haben ferner die Frage gestellt, ob nicht zum mindesten manche paranoische Erkrankung erst auf dem Boden eines leichten schizophrenen Defektes zustandekomme. Auch *Bleuler* hält nach seinen letzten Ausführungen diese Möglichkeit für gegeben.

Unsere folgende Mitteilung soll einen Beitrag zu dieser Frage bringen.

Antonie T., geb. 1874, ledige Masseuse und Näherin, ambulant beobachtet in der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses Schwabing.

Auto-Anamn.: Pat., die schwächlichste von 7 Geschwistern, war lange Zeit auffallend klein, ein Grund, warum der Vater sie weniger mochte

---

[1]) Aus der psychiatrischen Abteilung (Professor Dr. *Lange*) des Krankenhauses München-Schwabing.



als die andern, da es ihm besonders darauf ankam, für seinen Hof tüchtige Arbeitskräfte zu haben. Dem ganzen Aussehen nach war sie, obwohl sie angibt, dem Vater gleichzusehen, doch anders als ihre Geschwister. Sie war schwarz und bleich, auch im Wesen stiller, ruhig und brav, fromm. In bezug auf den Verstand soll sie die beste von allen gewesen sein. Sie lernte schon mit 5 Jahren stricken und durfte bald auch, weil sie sich so geschickt anstellte, feinere Handarbeiten erlernen. Der Lehrer hatte sie besonders gern, weil sie, ehrgeizig und klug, seine beste Schülerin war. Er konnte gar nicht glauben, daß sie ein Bauernkind sei, und erkundigte sich im Wirtshaus, ob sie nicht doch ein Kind aus der Stadt wäre. Obgleich sie in so verschiedener Beziehung anders wie die übrige Schuljugend war, stand sie doch gut mit allen, spielte mit den andern, nahm sogar Prügel in Kauf, um möglichst lange beim Spiel bleiben zu können. Dagegen war sie bei verschiedenen Spielen nicht gern dabei; so z. B. konnte sie es nicht vertragen, wenn die andern ein trottelhaftes Kind mit Steinen bewarfen und dabei ihren besonderen Spaß hatten. In der Schule durfte sie sich bald mehr erlauben als die andern Kinder. Der Lehrer lachte nur, wenn sie aus Spaß den Dummen recht unsinnige Sachen einsagte. Schon als Schulkind hatte sie fest vor keinen Bauern zu heiraten, wußte allerdings noch nicht recht, was sie tun würde.

Sofort nach der Schule konnten die Eltern sie noch nicht wegschicken, obwohl sie das gern getan hätten, weil sie zu klein war. Der Vater sagte: „Die fressen ja die Raben auf", so daß sie bis zu ihrem 17. Jahre daheim mithelfen mußte. Dann aber drängte sie selber fort und hat auch nicht einen Augenblick Heimweh gehabt. Sie nahm eine Stellung als Alleinmädchen an, schon mit der Absicht, dort möglichst viel zu lernen, um später eine gehobenere Stellung einnehmen zu können. Nach 1 ½ Jahren wurde sie so bleichsüchtig, daß sie die Arbeit nicht mehr durchhalten konnte, und ging deswegen zum Nähen, auch mit dem Plan Zofe oder Zimmermädchen zu werden, was ihr die Herrschaft ihrer Freundin immer wieder nahelegte. „Sie sind ja geboren zur Zofe." Sie mußte aber doch noch wenigstens ein Jahr lang Alleinmädchen bleiben, um dann endlich sich als Zimmermädchen verdingen zu können. Die Stellen als Zimmermädchen hatte sie alle nur kurze Zeit inne, meist nur einige Monate, die längste 1 ½ Jahre. Überall hat es einen anderen Krach gegeben; meist waren die Herrschaften so nervös oder man setzte zu wenig Vertrauen in sie. Auch war sie immer noch bleichsüchtig und so schwächlich, daß sie verschiedene Stellen eben einfach nicht ausfüllen konnte. Es fand sich nun Gelegenheit einen Freiplatz für die Ausbildung in der Krankenpflege zu bekommen, den sie in ihrem 26. Jahr einnahm. Nach der Ausbildung pflegte sie eine Geisteskranke ein Jahr lang, der Schilderung nach offenbar eine organisch Kranke mit hysterischen Zügen, deren Mann ständig auf die Frau losspektakelte, während die Frau nach jedem Spektakel immer noch kränker wurde und Krämpfe bekam. Auch hier ging sie deswegen, weil man nicht genügend Vertrauen zu ihr hatte. Man ließ sie nicht allein in der Wohnung, wenn die Herrschaft aufs Land ging. Da sie gewissenhaft und aufopfernd gepflegt hatte, ließ man sie nicht gern weg. Nun lernte sie das Massieren und brachte sich nachher recht mühsam mit dem Gelde durch, das sie den Sommer über in Badeorten

verdienen konnte. Erst vom Jahre 1905 ab ging es ihr mit dem Massieren plötzlich besser. Sie wurde angeblich von einem Arzt zu einer Fürstlichkeit als Leibmasseuse empfohlen und hatte von da an mehrere Stellen bei hohen Adeligen, immer wieder von demselben Arzt empfohlen. Sie bringt diese Empfehlung durch den ihr unbekannten Arzt mit dem späteren Wahnsystem in Verbindung.

Die ersten Zeichen der Erkrankung lassen sich auf das Jahr 1905 zurückdatieren. Damals kamen ihr die Leute oft so eigentümlich vor: sie schauten nach ihr; einzelne, die sie zuerst gekannt hatte, grüßten sie plötzlich nicht mehr. Man machte oft so komische Bemerkungen hinter ihr her. Besonders fiel ihr das letztere bei einem praktischen Arzt, der in ihrem Hause wohnte und der zugleich Theaterarzt war, auf. Der verspottete sie damals immer wegen eines schwarzen Kleides, nannte sie öfters Maria Stuart. Seine Tochter aber, die früher fast freundschaftlich mit ihr verkehrt hatte, war plötzlich wie umgewandelt, grüßte sie nicht mehr. Der Arzt verschaffte ihr häufig Freikarten im Theater. Sie war darüber um so mehr erfreut, als ihr ohnehin viel daran gelegen war, ihre Bildung zu erweitern, was sie auch durch Lektüre und Aufsuchen von Unterhaltungen mit gebildeten Leuten nach Möglichkeit tat.

Im Jahre 1908 fiel ihr das Benehmen der Leute noch als unerträglicher wie bisher auf, nachdem sie sich seit den Schwierigkeiten des Jahres 1905 eigentlich wenig mehr um die Umgebung gekümmert hatte. Besonders im Theater saß immer jemand hinter ihr, der sie absichtlich belästigte, sie mit den Ellenbogen stieß oder sich sonst ungehörig benahm. Um dieselbe Zeit hielt der ihr schon aus den Theaterzetteln und auch vom Ansehen persönlich bekannte Direktor des Theaters X. anläßlich einer Wohltätigkeitsfeier einen Vortrag. In der Pause der Feier kam sie nahe bei ihm zu stehen, betrachtete ihn genau und dachte bei sich: das ist eigentlich ein schöner Mann. Sie bemerkte auch, daß X. sie beobachtete und dabei immer erregter wurde. Seit dieser Zeit fiel ihr dann auch im Theater auf, daß X. ständig zu ihr herübersah, ihr Zeichen gab, die sie oft nicht recht verstand, auch während des Spiels (X. arbeitete zugleich auch als Schauspieler) besondere Worte seiner Rolle heraushob und sie dabei anblickte. Das machte er so auffällig, daß auch die andern Leute aufmerksam wurden und sie sich kaum mehr im Theater halten konnte. Nun wurde ihr plötzlich klar, daß X. schon sehr viel früher in ihrem Leben eine Rolle gespielt haben mußte. Sie bezog, wie oben erwähnt, die Hilfe, die sie von jenem Arzt erfuhr, auf seine Empfehlung, wußte auf einmal, daß vor einem Jahr X. in Verkleidung eines hübschen Bettlers bei ihr gewesen war, um sie zu probieren (der Bettler hatte um Obdach gebeten). Eine anonyme Zuschrift mit einer Anfrage wegen russischer Massage sei offenbar von X. gewesen, der sehen wollte, ob sie sich dazu hergebe, Männer zu massieren. Noch ein weiteres Mal sei er bei ihr gewesen, um sich maniküren zu lassen.

Als X. nun im Theater einmal eine Zeitung las, glaubte sie sicher, er wolle dadurch andeuten, daß sie den Inseratenteil nach Mitteilungen von ihm durchsehen solle (er habe ihr dadurch Kundschaft gegeben). Nun suchte sie im Speicher alle alten Zeitungen heraus und fand den Beweis für ihre Vermutung. Schon seit 1905 hatte X. ihr immer wieder Botschaft

zukommen lassen, sie vor allem um ein Zusammentreffen gebeten. Als sie nun X. im Theater vollends einmal schreiben sah, wußte sie, daß sie zum Schreiben aufgefordert werde. Dort konnte sie es auch nicht mehr aushalten, da ja allen Leuten das Benehmen von X. schon aufgefallen war. Auf ihren Brief hin, in dem sie um eine Zusammenkunft bat, bekam sie keine Antwort; doch stand am nächsten Tag im Inseratenteil: „bitte postlagernd", worauf sie einen weiteren Brief schrieb und ihre Adresse postlagernd abgab. Sie bekam daraufhin von X. schon am nächsten Tag einen sehr freundlichen Brief, er freue sich, sie endlich persönlich kennen zu lernen, und es wurde ein Treffpunkt angegeben. Er schrieb ihr auch, er werde ihr noch vor dem Zusammentreffen ein Billet für „Der Müller und sein Kind" übersenden. Auch in der Auswahl dieses Stückes lag sicher eine Anspielung darauf, daß es noch große Schwierigkeiten haben werde, bis sie sich endlich finden könnten. Auf einen inzwischen abgesandten, sehr zärtlich gehaltenen Brief ihrerseits stand im Inseratenteil: „das allerdings nicht". Sie wußte nun, wie sie sich ihm gegenüber zu verhalten habe. Am ausgemachten Abend traf sie ihn, wie er gerade aus dem Theater ging, und war eigentlich überrascht, daß er sie nicht grüßte, als sie auf ihn zutrat. Sie gingen nun eine Zeitlang spazieren; er fragte sie hauptsächlich, ob sie genügend verdiene, und was sie von Beruf sei. Auf ein persönlicheres Gespräch wollte sie nicht eingehen, da sie an das Inserat dachte. X. brach plötzlich ab, sagte, er habe zu tun, und ging fort. Sie stand nun sehr verblüfft da, schämte sich eigentlich, ihm so geschrieben zu haben, konnte die Ungewißheit aber doch nicht ertragen und schrieb wieder. Sie bekam immer wieder Antworten in Inseraten, die sie meist aufforderten, auszuhalten und weiterzuschreiben. Die Inseratantworten waren ihr aber doch nicht ausführlich genug, so daß sie sich entschloß, ihn im Bureau aufzusuchen. Er tat im Bureau sehr fremd, sagte eigentlich nur: „Direktor Z. (der Mitdirektor des Theaters) wird gleich kommen", und dann: „tun Sie mir so etwas nicht", worauf sie recht verdutzt das Bureau wieder verließ. Doch war sie am nächsten Tage schon wieder getröstet, als sie in der Zeitung las: „Du bist doch mein Liebstes auf der Welt".

Im Sommer 1909 kam, nachdem sie immer weiter Briefe geschrieben hatte, ein Polizeikommissar zu ihr, der sie verwarnte und ihr sagte, X. verbäte sich die ständigen Belästigungen. Sie unterließ deswegen ¾ Jahr lang das Schreiben, konnte aber endlich doch diese Abstinenz nicht mehr durchhalten, da sie von X. ständig in Inseraten angefleht wurde, sie solle wieder schreiben und X. sie außerdem im Theater immer so unglücklich ansah. Sie gewöhnte sich nun an in ihre Briefe mehr Inhalt hineinzulegen, schrieb über Dinge, die sie besonders beschäftigten, oder über Sachen, die sie gerade gelesen hatte. So z. B. verbreitete sie sich über die Unsitte, daß man Klosterfrauen immer bloß mit gesenktem Kopf gehen lasse, daß das böses Blut mache, ebenso darüber, daß man die Pfarrer als die Schwarzen deshalb beschimpfe, weil sie immer in so schwarzen Röcken dahergehen müßten. Sie war der Überzeugung, daß X. Wert auf derartige allgemeine Äußerungen lege, und daß er beabsichtigte, sie an die geeignete Stelle weiterzugeben, um sie der Allgemeinheit zugute kommen zu lassen. Dies erkannte sie auch schon daraus, daß auf Briefe

hin, in denen sich derartige allgemeine Anregungen fanden und zugleich ein zärtlicher Absatz war, in den Inseraten stand: „Ich gebe mein Heiligstes nicht fremden Händen preis, nochmals Brief.“ Sie ließ nun nach solchen Aufforderungen den zärtlichen Teil immer weg und schickte die Anregungen gesondert. Inzwischen hatte sie immer mehr unter den Leuten zu leiden, besonders unter den Herren vom Theater, die alle von der Sache wußten. Es war das reine Spießrutenlaufen; man machte ganz unverhohlen Bemerkungen hinter ihr her. Sie entschloß sich deswegen, noch einmal energischer X. zu einer Tat aufzufordern, stickte eine Decke mit Rosen und schickte sie ihm mit einem entsprechenden Brief. Sie bekam das Paket zurück und wurde einige Tage darauf zum Polizeiarzt vorgeladen. Der Polizeiarzt verwarnte sie ernstlich ihr Briefschreiben aufzugeben, hatte aber offenbar von dem wahren Zusammenhang keine Ahnung; denn er stellte lauter ganz dumme Fragen, die gar nicht zur Sache gehörten. Schon deswegen mußte jemand anderes dahinter stecken, der die Annäherung X.' an sie verhinderte. Wer das sei, wurde ihr bald klar, als sie im Theater beobachten konnte, daß die Frau des zweiten Theaterdirektors Z. in X. verliebt sein mußte. Sie schaute die Patientin immer mit durchbohrenden Blicken offenbar sehr ärgerlich an, während X. sie verstohlen freundlich betrachtete. Das freute sie sehr; sie dachte sich, „zu mir schaut er her, die andere begrüßt er nur formell“. Später kam dann noch bei einem Prozeß die ganze Sache klar heraus. Auch Z. selber, der von dieser Liebe seiner Frau wohl nichts wußte, war sehr gegen sie eingenommen. Das hatte sie schon bei ihrem Besuch gemerkt, als X. sagte, „Herr Z. wird gleich kommen“. Dann aber vor allem daran, daß Z. es unternommen hatte, X. mit seiner jetzigen Frau zu verheiraten. Zwar hatte er die Heirat schon durchgesetzt, ehe die Patientin mit ihm im Briefwechsel stand. Sie weiß das von der Haushälterin eines Rechtsanwalts, der selbst allem Anschein nach früher ein Verhältnis mit der jetzigen Frau X. gehabt hat. Die Haushälterin hatte ihr erzählt, daß früher bis zwei Tage vor der Verheiratung des X. immer nachts eine tief verschleierte Dame in einer zweispännigen Equipage gekommen sei. Außerdem war bei dem Rechtsanwalt ein Bild aufgestellt, auf dem dieser mit Frau X. im Badekostüm in einer unzweideutigen Stellung abphotographiert war. Die Frau X. geht auch heute noch tief verschleiert und hatte früher, da sie als Hochstaplerin bekannt sei, auch eine Equipage, nannte sich Baronesse, was sie vielleicht schon gewesen sein kann. Jedenfalls hatte sie so viele Schulden, daß X. nach seiner Verheiratung fast zugrunde ging. Daß man X. zu der Verheiratung getrieben hatte, wurde auch verständlich aus den Erzählungen der Freundin, da das Kind X.' zu früh auf die Welt kam. Daß X. sich damals schon um die Patientin hatte umtun wollen, daß er Auskünfte über sie eingezogen hatte, wurde ihr daraus klar, daß er auf einen vorwurfsvollen Brief ihrerseits mit dem Inserat antwortete, „wie konnte ich wissen, daß Du ein unschuldsvoller Engel bist“. Sie schrieb ihm nun auch über ihre Ansichten von seiner Geburt. Er habe einen so ausgesprochenen Goethekopf, daß es ihr bald klar war, er müßte ein Urenkel Goethes sein. Sie las entsprechend nach und fand, daß Waldemar v. Goethe unverheiratet im 50. Lebensjahr starb und wahrscheinlich eine heimliche Liebe hatte. Daraufhin fand sie

das Inserat: „Ähnlich ist es wohl, ich kenn mich nicht mehr aus". Nun wurde es ihr aber doch zu bunt. Sie schrieb scharfe Briefe und wurde weiter dadurch gereizt, daß auch Inserate kamen, die nichts weniger als freundlich waren. Sie vermutet, daß die Inserate der genannte Rechtsanwalt einsetzen ließ, um die beiden auseinanderzubringen. 1912 wurde sie wieder zum Polizeiarzt vorgeladen und in die psychiatrische Klinik gebracht. Die Leute in der Polizei kannten ihre Briefe, woraus sie schloß, daß X. die Briefe mit Absicht weitergegeben habe, besonders um seine Abstammung von Goethe, die er ja von selber nicht bekanntmachen konnte, auf diesem Wege der Allgemeinheit mitzuteilen. Von der Klinik kam sie nach Eglfing und Gabersee, wurde von dort aber schon nach etwa einem Vierteljahr wieder unter Polizeiaufsicht zu ihrem Bruder entlassen. In Gabersee wollten ihr verschiedene Ärzte helfen. Das sah sie daran, daß die Ärzte, die besonders freundlich mit ihr waren und ihr zusprachen, sie solle den Mut nicht verlieren, versetzt wurden oder in Urlaub gingen. Ebenso fiel es ihr auf, daß der Anstaltspfarrer am Tag ihrer Ankunft in Urlaub ging und erst am Tage ihrer Entlassung wiederkam. Während des Anstaltsaufenthaltes las sie immer wieder Inserate: „Hab Vertrauen, ich mache durch Heirat alles gut". Das stärkte sie so weit, daß sie bei ihrem Bruder sofort einen Brief schrieb, sie wolle nun ihrerseits zur Polizei gehen, um die Sache aufzuklären. Schon am nächsten Tage aber las sie das Inserat: „Ruhig verhalten". Dagegen verlangte sie jetzt eine Entschädigung für die verlorenen Jahre, ging zum Justizministerium und schrieb auch an X. diesbezügliche Briefe. Sie wurde jedoch überall abgewiesen und gab es, wenn auch mit einiger Empörung, auf. Sie blieb 5 Jahre bei ihrem Bruder, arbeitete dort ruhig für sich; ihre sämtlichen Briefe wurden durch die Polizei kontrolliert.

Es war ihr inzwischen klar geworden, als Frau Z., die Hauptintrigantin, gestorben war, daß X. nur darauf warte, bis sie eine entsprechende Anerkennung bekommen habe, um sie so als seine standesgemäße Frau heimführen zu können. Mit seiner Frau würde er ja zweifellos fertig werden; wahrscheinlich habe er sich überhaupt schon scheiden lassen; das wisse sie nicht genau. Diese Anerkennung sei sie auch schon im Begriff gewesen zu bekommen, und zwar vom Papst, der, sehr erfreut über ihre kirchlichen Vorschläge, ihr durch Kardinal Bettinger etwas habe überschicken lassen wollen. Bettinger habe das aber unterschlagen und sei kurz darauf gestorben. Andere Geistliche wüßten aber davon, so vor allem der Bischof von Passau und der Weihbischof R. Sie hielt den Briefwechsel nach wie vor aufrecht, besonders ermuntert dadurch, daß 1921 der Sohn des Z., der auch immer gegen sie gehetzt hatte, gestorben war. Dieser Tod wurde ihr sogar durch einen Traum angezeigt. Sie sah darin einen Menschen am Schreibtisch sitzen, hinter dem der Tod stand. Kurz darauf kam X. zu ihr als Briefträger verkleidet und dann noch öfters in die Wohnung, wo er sie aber nie antraf, da sie jetzt in ihrer Tätigkeit als Näherin fast den ganzen Tag auswärts war. Der Besuch wurde ihr nur von dem Kinde der Hausfrau erzählt. Außer den Annoncen hatte X. eine neue Art gefunden sich ihr bemerkbar zu machen. Er forderte sie auf in Filme zu gehen, die meist ein Zukunftsbild darstellten.

Seit 1918 wisse sie, daß sogar Gott es haben wolle, daß sie zu ihrem

Recht komme. Sie habe nämlich in der Kirche, wenn sie recht um ihr Recht betete, so sonderbare Stiche durch den Kopf, die sie am meisten bei Seelenmessen spürt. Offenbar machen sich ihre verstorbenen Widersacher bemerkbar. Am meisten stehen ihr jetzt noch die Geistlichen entgegen, die das schmähliche Verhalten Bettingers nicht aufdecken wollen. So habe sie im Jahre 1925 den Weihbischof auf der Straße getroffen, der sehr verlegen geworden sei; und zwei Tage darauf wurde sie wieder vor den Polizeiarzt geladen. Die Geistlichen wollen sie unbedingt als geisteskrank erklären lassen oder sie anderswie aus der Welt schaffen.

Patientin arbeitete ständig fleißig und ununterbrochen und verdiente ausreichend ihren Lebensunterhalt.

Gefragt nach Erregungszuständen, körperlichen Sensationen, Willensbeeinflussungserlebnissen erzählt sie, sie habe im Jahre 1912 einen Vortrag über Telepathie gehört. Der betreffende Vortragende habe bei dieser Gelegenheit auch an den Hörern Suggestionsversuche gemacht. Damals sei ihr aufgegangen, daß sie, obwohl sie auf die Suggestionen des Vortragenden im Gegensatz zu den übrigen Hörern gar nicht eingegangen sei, doch seinerzeit wohl hauptsächlich im Jahre 1905 und auch später noch von X. telepathisch beeinflußt worden sei. Sie erinnert sich z. B., daß sie nachts öfters in einem erregten Zustand aufwachte, die Hände gegeneinanderhalten mußte, um nicht zu zittern, ohne daß sie sich erinnerte vorher geträumt zu haben. Es kam ihr dabei auch so vor, als wenn eine Photographie X.', die über ihrem Bett hing, mitzitterte. Zur selben Zeit war auch die Art, wie sie einschlafen konnte, ihr merkwürdig: es war so, als wenn jemand ihr die Augen zudrückte, und sie schlief ein im selben Augenblick, in dem sie sich ins Bett gelegt hatte. Während sie bei ihrem Bruder tätig war, hatte sie eine Zeitlang, meist um 4 Uhr nachmittags einsetzend, ein Brennen auf der Zunge, das sie sich nicht erklären konnte. Außer den oben geschilderten Erregungszuständen nachts weiß sie nur noch, daß sie immer nach Abschicken der Briefe in eine Unruhe und Angst geriet, bis die Antwort wieder da war. Halluzinationen irgendwelcher Art sind nicht nachzuweisen. Das einzige, was sie diesbezüglich angibt, ist folgende Geschichte: Kurz vor dem Tode Bettingers war sie in einem Pontifikalamt, ziemlich im Hintergrund des Doms. Es kam ihr dabei Bettinger plötzlich sehr mager vor, und sie kam auf den Gedanken, er sei ein Skelett, um das nur die Gewänder gehängt seien. Sie wußte dabei ganz genau, daß das nicht wirklich so sein könne, dachte sich aber, das sei Vorbedeutung, daß er bald sterben werde. Und wirklich starb Bettinger vier Wochen später.

Bei weiterer Exploration ergibt sich vor allem eine Vergiftungsgeschichte. Sie sei im Jahre 1923 in Untermiete bei einer Familie gewesen, die zuerst sehr nett zu ihr gewesen sei, dann aber plötzlich vollkommen umgesteckt habe. Es sei das zweifellos auf Briefe hin geschehen, worin sie sich über Kleinigkeiten beklagt habe. Besonders das Zimmerfräulein, das ihr ins Gesicht immer recht schön tat, eine stellenlose Kunstgewerblerin, sei ihr feindlich gesinnt gewesen. Wahrscheinlich ist die Betreffende bezahlt worden. Sie fing damit an ihr Tee anzubieten, später auch Kakao und Kuchen, in dem Dinge enthalten waren, die sie häßlich und unförmig machten. Sie wurde innerhalb von drei Wochen auffallend dick, verlor

dabei aber ihren ganzen Appetit und bekam Runzeln um die Augen. Als sie von dem Zimmerfräulein nun nichts mehr annahm, versuchte der Hausherr dasselbe mit Bierresten. Er bot ihr abends des öfteren eine halb ausgetrunkene Flasche Bier an, auf deren Genuß hin sie immer Magenbeschwerden bekam. Als sie einmal genauer nachuntersuchte, fand sie einen weißen Satz. Ein von ihr konsultierter Arzt sei auch schon orientiert gewesen. Er habe schon gleich so eigentümlich gelächelt, als sie zu ihm kam, und dann auch gerade so dumm gefragt wie der Polizeiarzt. Sie zog daraufhin aus der Wohnung aus und kam in einer anderen Untermiete mit einer Frau zusammen, die zuerst besonders nett mit ihr war. Sie sprach sich dieser gegenüber aus und fand nun eine plötzliche Veränderung bei ihr. Die Frau provozierte einen Tag später einen Krach und kündigte ihr die Wohnung. Sie erfuhr später, daß die älteste Tochter mit einem Kriminaler bekannt war. In der nächsten Wohnung merkte sie, daß es mit den Antworten des X. in der Zeitung nie mehr recht stimmte. Sie schrieb daraufhin einen Brief, in dem sie recht über die Briefstehler schimpfte. Daraufhin wurde es wieder besser. In letzter Zeit sei zweifellos die Sache schon ganz in der breiten Öffentlichkeit. Zum mindesten seien alle staatlichen Organe durch Steckbriefe auf sie aufmerksam: die Schutzleute lächeln so merkwürdig, wenn sie an ihnen vorbeigeht, und sehen ihr meist eine Zeitlang nach. Auch die Postbeamten wissen von ihr; das merkt sie daran, daß bei Abgabe eines Briefes oder Paketes immer ein Strich hingemacht wird und sich die Beamten dann immer vielsagend zuzwinkern. Wer da eigentlich dahinter steckt und warum die ganze Sache so wichtig geworden ist, weiß sie nicht, vermutet aber, daß neben der Geistlichkeit auch die Regierung allen Grund hat, sie niederzuhalten. Einmal deswegen, um ihre ungerechte Internierung nicht bekannt werden zu lassen, und weiter, weil die Verwandten des X. als einflußreiche Leute das in der Regierung eben machen. Sie hat sich wohl des öfteren noch brieflich an X. gewandt, warum er die Sache nicht endlich zum Abschluß bringe, bekam aber nur die Antwort darauf, „ich darf nicht schreiben". Sie vermutet, daß er sich durch ein Versprechen gebunden habe, mit ihr nicht direkt in Verkehr zu treten, bis die oben erwähnte Anerkennung durchgegangen sei.

Auch hier im Krankenhaus ist sie sich klar, verfolgt zu werden. So habe die Ärztin, auf deren Station sie liegt, sie von vornherein vernachlässigt; das könnten alle Mitkranken bestätigen. Jetzt sei es ihr besonders deutlich geworden, als der Praktikant sagte, „nun darf sie ja wirklich allmählich besser werden".

Die dem Alter entsprechend aussehende 52 jährige Patientin von asthenisch-athletischem Körperbau erzählt in vollkommen geordneter ruhiger Art ihre Lebens- und Leidensgeschichte. Sie ist bei Beginn der Exploration zurückhaltend, gibt bei Fragen persönlicheren Inhalts oft recht schlagfertige, ausweichende Antworten, die sogar teilweise einen Anflug von Humor enthalten. Bei dem Versprechen, der ganzen Sache nachzugehen, wird sie viel wärmer, erzählt mit absolut adäquatem Affekt ihre ganze Geschichte. Macht man sie auf Unwahrscheinlichkeiten aufmerksam, so wird sie zuerst böse, sagt dann: „Sie reden aber dumm daher." Versucht man, sie in die Enge zu treiben, so wird sie sogar mißtrauisch

und hört auf, weitere Dinge zu erzählen. Recht verbittert sagt sie zwischenhinein: „Mir hat man mein ganzes Leben verpfuscht, und nun findet niemand der Mühe wert, sich für mich einzusetzen.“ Sie verlangt, daß man vom Krankenhaus aus an die Staatsanwaltschaft schreibe, um ihr so ihr Recht zu verschaffen.

Bei einer späteren Exploration gibt die Kranke noch folgendes an: Menarche mit 19 Jahren, Menses im allgemeinen regelmäßig. Vom 17. bis 20. Jahr die „ewige Bleichsucht“. Psychisch während der Regel nicht verändert, ruhig wie immer. Überhaupt gleichmäßige Stimmungslage, auch keine Tagesschwankungen. Jedoch durch äußere Anlässe leicht gereizt. Im Wesen immer etwas pedantisch, wollte alles besonders gut machen; deshalb die häufigen Zusammenstöße mit der Außenwelt. Während der Bleichsucht hat sie sehr zurückgezogen gelebt, ist nie ausgegangen, hat nicht getanzt, weil sie glaubte, daß es ihrer Gesundheit schädlich sein könnte. Während dieser Zeit nur körperliches Unbehagen; seelisches Wohlbefinden; vor allem keine schwermütigen Stimmungen. Menopause seit November 1922. Damals traten Vergiftungsideen auf. Sie magerte rasch ab. In Stellung war sie bei einem Apotheker, bei dem noch ein anderes Fräulein wohnte. Von diesem Fräulein bekam sie einen Teeabsud gegen die Kreuz- und Leibschmerzen, der sehr eigenartig schmeckte. Ebenso der Kuchen, den sie ihr anbot. Während sie dort einmal in der Waschküche beschäftigt war, erschien eines Tages ein Herr mit einem japanischen Koffer, dem man ansah, daß er leer war. Der Herr war schlank, nicht mehr jung, hatte graumeliertes Haar. In der Hand trug er nur ein Glas mit Wacholdersulz, von dem sie ein paar Tage vorher in der Zeitung gelesen hatte. Das bot er ihr zum Kauf gegen ihre Beschwerden an. Nachher sah sie ihn niemals wieder. Das erste Mal schmeckte die Sulze gut, später aber bekam sie Brechreiz und Übelkeit. Auch wurde sie seitdem auffallend dick. Sicher wollte man sie mit dem Tee des Fräuleins und der Sulze des Herrn vergiften. Sie glaubt, daß die beiden mit der Polizei und diese wieder mit Direktor X., der von ihrem Befinden ja wußte, im Bunde waren. Sie wurde so dick, daß sich die Mädchen auf der Straße nach ihr umdrehten und hinter ihr herlachten. Das konnte sie sich auf die Dauer nicht bieten lassen. Darum verließ sie 1923 die Stelle. Seitdem fühlt sie sich wohler; nur die Müdigkeit in den Beinen ist als Rest der Vergiftungserscheinungen zurückgeblieben.

Stuhl niemals obstipiert, Pat. neigt eher zu leichten, dünnflüssigen Entleerungen. Auch während der Menopause, besonders im letzten Jahre unter der Wirkung des Tees und der Sulze, als leichte Vergiftungserscheinungen eher durchfällige Stühle.

Sexuelle Beziehungen mit Männern werden jetzt vollkommen in Abrede gestellt. Männer ihres Standes waren ihr zu roh; wenn sie verliebt war, waren es immer bessere Herren, die sie bei ihren Herrschaften kennen lernte und die nie etwas von ihrer Verehrung wußten. Heiraten wollte sie sehr gern; auch eine Stube voll Kinder hätte sie gern gehabt, aber sie kannte keinen geeigneten Mann. Sexuelle Träume verneint sie; sie habe nur andere Träume, die sie gut erzählt und in ihrer Art ausdeutet; z. B. habe sie einmal im Nebel einen Bienenkorb gesehen, nach dem eine lange, sehr schöne und schmale Hand langte und mit dem Arm dann umschloß.

Das soll heißen, daß man ihr auch „den Honig abschöpft". Niemals tiefer gehende Freundschaften, auch nicht mit Frauen. Die angeblichen Zudringlichkeiten der Männer, mit denen sie während ihrer Praxis als Masseuse zu tun hatte, wußte sie immer abzuwehren. Auch zu Frauen nie ein herzlicheres Verhältnis. Es wurde ihr zwar von Damen ihrer Kundschaft von Frauenliebschaften erzählt, aber sie vermutete gleich, daß man sie in irgendwelche Dinge hineinbringen wollte, und interessierte sich nicht dafür. Besonderen Schmerz über sexuelle Versäumnisse empfindet sie nicht: „Wer weiß, was herausgekommen wäre." Obgleich ihr ein Arzt in jungen Jahren geraten hatte, sich einen Schatz zu nehmen, hatte sie nie den nötigen Impuls dazu. Sie war von jeher den anderen Menschen gegenüber zurückhaltend und abwartend, wurde selten warm, beobachtete mehr. Nur bei Direktor X. Ausnahme. Deshalb hat sie mehr für sich gelebt. Keine hysterischen Erscheinungen. In der Jugend nie Anfälle oder Ohnmachten, auch nicht eigentlich aufgeregtes Wesen. Liebt den Streit nicht. Keine Neigung zu Zwangshandlungen, nur das eine: wenn sie in einem Zimmer allein und unbeschäftigt sitzt oder liegt, muß sie anfangen zu zählen, das Muster der Tapete, die Gegenstände usw. Von Jugend auf gewisses Bildungsbestreben; es tat ihr leid, als sie aus der Schule entlassen wurde; hat gut gelernt, nur im Rechnen schwach. Deshalb auch später Vorliebe für ältere und gesetzte Männer, die etwas waren und von denen sie lernen konnte. Ihre literarische Bildung geht ganz über das Theater und Direktor X. Was sie von ihm vortragen hörte, las sie zu Hause, vor allem Goethe, und zwar mit Vorliebe „Dichtung und Wahrheit", einzelne Gedichte, von denen sie jedoch nur das eine oder andere angeben kann, so „Der Jüngling", „Die Braut von Corinth". Besonders interessiert hat sie sich für den Briefwechsel zwischen Goethe und der Frau von Stein, weil sie in der unglücklichen, seelisch jedoch so hochstehenden Liebe Goethes für Frau von Stein eine Parallele zwischen sich und Direktor X. sah. Schiller war ihr zu feierlich. Sonst kennt sie noch Lenau, auch den Namen des indischen Dichters Tagore nennt sie (durch den Vortrag von X. ihr bekannt). Wenn sie von einem Menschen liest, der geliebt und gelitten hat, dann erregt sie das so, daß sie alles hängen läßt und vor lauter Ergriffenheit oft nicht weiterlesen kann. Sie ist sehr religiös, besonders aber erst seit den letzten Jahren. Sie sieht darin einen Trost in ihrem Leid. Sie hatte auch visionäre religiöse Erlebnisse, die sie sehr eindrucksvoll und lebendig schildert. Ins Kino geht sie nur, wenn X. in einem Film mitspielt; so war sie erst jüngst in dem Film „Wenn Steine reden", mit X. Er sah auch im Film einige Male zu ihr hin. Aber diesmal hat sie sich merkwürdigerweise abgestoßen gefühlt. Vielleicht war der schlechte Platz daran schuld. Gedächtnis, Schulwissen entsprechend. Rechnen mäßig. Merkfähigkeit einwandfrei. Über die Zeit und politische Verhältnisse ganz gut orientiert, jedoch kommen immer wieder wahnhafte Beziehungen zwischen ihr und führenden Persönlichkeiten zutage. Bei Prüfung des Assoziationsvermögens keine krankhaften Störungen, weder dem Inhalt der Antworten, noch der Zeit nach.

Über die endgültigen Absichten von X. befragt, beharrt sie auf der Ansicht, daß X. sie sicher heiraten werde. Wann und wie, ist ihr jedoch völlig unklar. Sie ist in ständiger Beziehung zu ihm durch die Inserate

in der Zeitung. Aber er ist ein eigenartiger Mensch, und darum muß man abwarten, was geschehen wird. Direkte Annäherung an ihn zu versuchen oder sich zu erkundigen, wo er wohnt, lehnt sie ab. Sie glaubt, daß er noch hier ist, daß er noch Direktor des Theaters ist und dort spielt, wenn auch alles unter anderem Namen und anderer Maske. Vielleicht greifen die Behörden ein, vielleicht ein Rechtsanwalt, eine Anstalt oder das Gericht.

Körperlicher Befund der mediz. Abt.: Mittelgroße Frau mit etwas vorgealtertem Aussehen, grauem Haar. Körperbau eher asthenisch. Leichte kropfige Entartung der Schilddrüse. Herz und Lungen gesund. Entfernte Gefäße leicht verhärtet. Magengegend etwas druckschmerzhaft. Pupillenreaktion in Ordnung. Kniesehnenreflexe leicht gesteigert. Übrige Reflexe gehörig. Im Urin kein krankhafter Befund.

Zusammenfassung. Es handelt sich um eine jetzt 52 Jahre alte Kranke, die von jeher eine eigenartige Persönlichkeit gewesen ist. Von Jugend auf schwächlich und wenig widerstandsfähig, anders, feiner, klüger als ihre Geschwister, wollte sie immer hoch hinaus. In ihren Stellen als Dienstmädchen fühlte sie sich nicht befriedigt und glaubte sich immer mit zu wenig Vertrauen oder allzu sehr als Dienstbote behandelt. Sie wurde daher, nachdem sie das Nähen erlernt hatte, Zimmermädchen, später Krankenpflegerin, schließlich Masseuse und betrieb zugleich Schönheitspflege. Daß sie keinen Bauern heiraten würde, hatte sie sich schon in der Jugend vorgenommen. Aber das Schicksal war ihr nicht günstig. Sie fand keinen Ehepartner. In ihrem 34. Lebensjahre nun kam sie in Berührung, allerdings ganz oberflächlicher Art, mit einem Schauspieldirektor, und zwar gelegentlich ihrer aus ihrem Bildungshunger begreiflichen häufigen Theaterbesuche. Sie machte die Beobachtung, daß der Direktor immer nach ihr hinblickte, ihr Zeichen machte und ihr alle möglichen Anweisungen gab, die sie zwar anfangs nicht verstand, die ihr aber später klar wurden. Zugleich interessierten sich auch die übrigen Theaterbesucher, die Schauspieler, vor allem aber die in den Geliebten gleichfalls verliebte Frau des Mitdirektors. späterhin auch die Frau des Geliebten und ein Rechtsanwalt für sie, aber in ganz anderem Sinne. Man ging darauf aus, sie von dem Geliebten, der in sie schon seit Jahren verliebt war, zu trennen, setzte sie allen möglichen Verfolgungen aus, unterschlug Briefe usw. Ein gelegentliches Zusammentreffen enttäuschte sie. Ihre Briefe wurden nicht beantwortet. Aus einem Hinweis des Geliebten aber merkte sie, sie solle in der Zeitung nach Mitteilungen von ihm suchen. Dort fand sie denn die deutliche und immer erneute Bestätigung seiner Liebe, die sie über alle Enttäuschungen hinwegbrachte. Sie fand heraus, daß der Geliebte durch seine Umgebung daran verhindert wurde, unmittelbar mit ihr in Beziehung zu treten. So schrieb sie ihm denn

weiter, machte in ihren Briefen auch alle möglichen kirchlichen Vorschläge, die, wie sie merkte, von dem Geliebten an die zuständigen Stellen gebracht und befolgt wurden. Der Geliebte hatte offenbar den Plan, sie sich auszeichnen zu lassen, um späterhin seine Scheidung von der Ehefrau und seine Verheiratung mit der Patientin der Außenwelt gegenüber motivieren zu können.

Die Auszeichnung durch den Papst, die schon unterwegs war, blieb jedoch aus, wurde von dem Kardinal unterschlagen. Sie erlebte Enttäuschungen über Enttäuschungen dadurch, daß sie von der Polizei verwarnt, von dem Geliebten bloßgestellt, ja in die psychiatrische Klinik und in die Anstalt gebracht wurde. Aber immer erneute Inserate in der Zeitung, die zweifellos von dem Geliebten ausgingen, zeigten ihr, daß der Geliebte ihr immer nur gezwungen entgegengetreten war, daß er an ihr festhalte, daß nur seine Umgebung und insbesondere auch die Geistlichkeit wegen der Unterschlagungsgeschichte Interesse daran hätten, sie von ihm zu entfernen und gar aus der Welt zu schaffen. In der Tat erlebte sie Vergiftungsversuche. Auf der anderen Seite wurde sie durch alle möglichen Sensationen in der Kirche und Träume darüber belehrt, daß sogar Gott es gut mit ihr meine.

Nach allem, was wir von der Kranken erfahren konnten, scheint ihre Wahnbildung, die man wohl als „erotische Verrücktheit" bezeichnen kann, in echt paranoischer Weise aufgebaut. Sie knüpft an das Zusammentreffen mit dem Theaterdirektor und ihre Fernliebe zu ihm an. Im Zusammenhang mit dieser Liebe treten zunächst Beziehungsideen auf, wie sie auch der normalen Verliebtheit nicht fremd sind — der Freund schaut sie an, gibt ihr Zeichen, geht auf ein Zusammentreffen ein usw. — dann schließen sich zwar üppigere Wahnbildungen an, die aber ausnahmslos kombinatorisch aufgebaut erscheinen und außer wahnhaften Deutungen realer Begebenheiten nur noch Erinnerungsfälschungen nachweisen lassen. Alle ihre zahlreichen Wahnideen, auch soweit sie sich auf die Vergiftung und andere Verfolgungen beziehen, und ihre leichten Größenideen sind in einen lückenlosen, wohldurchdachten Zusammenhang gebracht und hängen ausnahmslos mit ihrer Liebe zu dem Freund und den Gegnern einer endgültigen Verbindung mit dem Geliebten zusammen.

Halluzinationen, Pseudohalluzinationen, Willensbeeinflussungsideen, Manieren sind ebensowenig nachweisbar wie deutliche primäre Wahnideen im Sinne von *Jaspers*. Es fehlt jede Zerfahrenheit. Die Kranke zeigt eine völlig adäquate und natürliche gemütliche Ansprechbarkeit, ist frei von Verschrobenheiten und erinnert in keiner

Weise an schizophrenes Wesen. Grobe Störungen der Intelligenz werden vermißt.

Immerhin erscheint bemerkenswert, daß die Wahnbildung sich ziemlich weit vom Möglichen entfernt. Auch die in den letzten Jahren zunehmenden eigenartigen Erlebnisse in der Kirche geben, wenngleich sie sich mit einer paranoischen Erkrankung noch vereinen lassen, zu denken. Entscheidend aber fällt ins Gewicht, daß der erste Beginn der Wahnbildung allzu sehr im Dunkel liegt. Aus den Mitteilungen der Kranken scheint sogar hervorzugehen, daß die ersten wahnhaften Erlebnisse in keiner Weise mit dem späteren zentralen Wahninhalt zusammenhingen, ja daß sie diffuser Natur waren und einer allgemeinen Beziehungssucht entsprangen, wie sie in das Bild der Paranoia nicht gehört. Vielmehr sehen wir solche Erscheinungen gerade im Beginne schizophrener und paraphrener paranoider Prozesse. Aus ihnen gelangen die Kranken dann zu ihren späteren Wahninhalten bestimmterer Natur, die dann wohl das Bild beherrschen, meist aber noch Raum für alle möglichen nicht unmittelbar mit den zentralen Wahninhalten zusammenhängenden, vielfach auch ziemlich flüchtigen andersartigen Wahnbildungen lassen.

Dies letztere können wir bei unserer Kranken nun nicht nachweisen. Hier scheinen vielmehr alle Wahninhalte in engster Weise zusammenzugehören und auch in verständlichem Zusammenhang mit dem Hauptinhalt zu stehen. Eine Entscheidung schien so lange nicht möglich, als es nicht gelang, größere Klarheit über die frühesten Krankheitserscheinungen zu gewinnen. In der Tat gelang dies durch Beziehung der früheren Krankheitsgeschichte der Psychiatrischen und Nervenklinik.

In der Klinik befand sich die Kranke vom 18. 1. bis zum 1. 2. 1912. Körperliche Störungen waren nicht nachweisbar. Die Vorgeschichte entsprach in großen Zügen durchaus dem, was die Patientin uns heute angegeben hat. Ja, ganze Absätze der alten Krankengeschichte haben zum Teil wörtliche Ähnlichkeiten mit den jetzigen Mitteilungen der Kranken. Nachzutragen ist folgendes: Die Patientin betont ihre Schüchternheit in der Jugend. In der Schule will sie sehr gut, aber im Rechnen schlecht gewesen sein. Aus ihren Berichten über ihre früheren Dienststellen geht auf der einen Seite ihre hypochondrische Ängstlichkeit, auf der anderen ihre große Empfindlichkeit und dazu ihre Vornehmtuerei hervor. Schon früher kam es gelegentlich zu Beziehungsideen. So glaubte sie, deshalb aus einer Stelle entlassen zu werden, weil ein die Familie besuchender junger Herr sich ihr vorgestellt hatte, da er sie für die Tochter des Hauses hielt. Aus einer anderen Stelle glaubte sie sich entfernt, weil man sie bei ihrem Kommen fälschlich für einen Kurgast gehalten hatte.

Eine einträgliche Stellung gab sie im Sommer 1905 auf, weil man sie nicht „gelten lassen wollte“.

Pat. begründet des näheren, woher der Mitdirektor des Freundes sie kannte. Sie schildert, wie sie zuerst auf X. aufmerksam wurde. „Eines Abends grüßte er vor der Vorstellung von der Direktorloge aus ins Parkett. Neben der Patientin saß zu beiden Seiten niemand. Vor ihr dankte niemand und hinter ihr sprachen einige Herren weiter, konnten also auch nicht gedankt haben.“ Offenbar war also sie gemeint. Das fiel ihr auf, aber sie zog zunächst keine weiteren Schlüsse. Einmal hatte sie sich mißgünstig über eine Rolle ausgesprochen, die X. spielte. Bei der nächsten Vorstellung trat X. nicht mehr in dieser, sondern, wie sie aus gewissen Umständen schloß, in einer anderen Rolle auf. Dies bezog sie auf ihre Kritik. Ähnliches passierte auf ihre Briefe und Inserate hin noch des öfteren. Um festzustellen, ob X. sie tatsächlich meine, nahm sie immer andere Plätze im Theater. Aber immer wieder suchte und fand sie X. mit den Augen. Im übrigen ist nichts Wesentliches zu ihren erotischen Beziehungsideen zu sagen, die alle der heutigen Darstellung entsprechen. Dagegen finden sich andere auffallende Erscheinungen. „Manchmal verständigte er sich mit ihr auch dadurch, daß er nur eine Zahl, z. B. 18 (in der Zeitung) angab. Sie brauchte dann bloß in ihrem Goethe nachzusehen und fand dann auf der angegebenen Seitenzahl das, was er ihr sagen wollte. So steht in ihrem Goethe auf Seite 18: ‚kauft Liebesgötter‘.“ Eine Zeitlang hatte Pat. postlagernde Briefe geschrieben. „Schon im Herbst 1911 hatte sie X. durch ein Inserat aufgefordert, wieder an seine Adresse zu schreiben. Aber sie tat es nicht. Als jedoch das neue Adreßbuch für 1912 ausgegeben wurde, schrieb er in die Zeitung: ‚M. N. O. P.‘. Das soll offenbar ABC bedeuten, was gleichbedeutend mit Adreßbuch ist. Damit wollte also X. sagen, sie könne im Adreßbuch seine Wohnung finden, sie solle an seine Wohnung schreiben. “„Im Februar 1909 fand sie keine Inserate mehr in der Zeitung. . . . Sie dachte sich, X. sei vielleicht krank oder verreist. Als sie aber bemerkte, daß er doch hier war, schrieb sie ihm einen Brief, in welchem sie ihm mitteilte, sie habe wieder einen Plan, um ihn zu verführen. Sie hatte sich, da sie Büstenpflege trieb, mit nackter Brust von einer Malerin malen lassen, damit sie auf dem Bild ihren Kundinnen den Erfolg ihrer Büstenpflege zeigen konnte. Nun bot sie in dem Briefe X. an, dieses Bild zu kaufen. Sie setzte nämlich voraus, daß X. (durch ihre von ihm geschickten Besucher) von der Existenz dieses Bildes schon wußte.“

Schon lange vor den erotischen Beziehungsideen hatte Pat. aber andere krankhafte Erscheinungen. Sie verdiente ganz ordentlich durch Maniküre und Sticken. „Ihr Verdienst wurde aber wesentlich eingeschränkt durch die ‚Belästigungen‘, welche bis ins Jahr 1905 zurückreichen. Es kamen allmählich Herren zu ihr, denen sie sofort anmerkte, daß sie keine Mark in der Tasche hatten. Es fiel ihr auch an ihnen auf, daß sie sofort wußten, daß sie ein Fräulein sei, während die Herren früher fragten, ob Frau oder Fräulein. Sie verlangten zunächst Maniküre und, wenn sie herin waren, wollten sie massiert sein. Sie hatten alle einen solch sonderbaren Gesichtsausdruck, lachten höhnisch, sahen sie frech an oder überhaupt nicht, hatten auch die Hände in der Tasche, wenn sie

sprachen. Einer hatte einen direkten Leichenträgertypus. Ein junger Mensch kam und wollte Maniküre, fing aber alsbald an, sich auszukleiden, was sich Pat. aber verbat. Sie wußte immer nicht, wer dahinter steckte. Sie dachte zunächst, es sei auf ihr Inserat „Büstenpflege". Zugleich wurde sie im Volkstheater immer beobachtet, sie bemerkte, daß sich die Leute nach einem Blick auf sie anstießen und sie dann wieder anschauten. Sie bemerkte auch, daß die Leute, die zu ihr kamen, ihr von Paris erzählten, vom Nackten, von der Eulenburgaffäre usw. Diese Belästigungen dauerten bis zum vorigen Jahre. Im Hausgang standen immer Leute, welche sich abwandten, wenn Pat. vorbeiging. Im Theater bemerkte sie, daß aus den Lüftungsschächten am Boden des Theaters, aus denen früher erquickende frische Luft geströmt, gerade neben ihrem Platz Gestank komme, manchmal nach Fußschweiß, auch nach anderem (Stinklöcher). Neben ihr sitzende Leute schikanierten sie, indem sie sich recht nach ihrem Platz hereindrängten und sie einengten. Diese Erscheinungen traten längst vor ihrem erotischen Beziehungswahn auf. Auch in der Klinik hatte sie sonderbare Geruchswahrnehmungen. Im übrigen war ihr Verhalten völlig geordnet und natürlich, doch war sie absolut einsichtslos. Es wurde ein Délire chronique angenommen und eine schlechte Prognose gestellt.

Durch die Krankengeschichte aus dem Jahre 1912 erfahren wir also in der Tat, daß die ersten Erscheinungen der Kranken „Belästigungen" waren und mindestens ein Jahr vor der erotischen Wahnbildung einsetzten. Es kamen unter dem Vorwand der Manicure alle möglichen Leute zu ihr, die etwas von ihr wollten und sich merkwürdig benahmen. Man sprach von unanständigen Dingen in ihrer Gegenwart. Auf der Straße und im Theater beobachtete man sie, stieß sich gegenseitig an, machte Bemerkungen über sie. Diese Belästigungen dauerten auch lange Jahre an.

Schon vorher offenbar fühlte sie sich auch im Theater schikaniert, angestoßen, eingeengt. Aus den Lüftungsschächten am Boden des Theaters kam Gestank, wie Fußschweiß. Sie spricht von Stinklöchern. Sie leidet auch noch in der Klinik unter Geruchsbelästigungen. In diesem Zusammenhang bekommt auch der sonderbare Geschmack, von dem Patientin hier berichtet hat, eine ernstere Bedeutung.

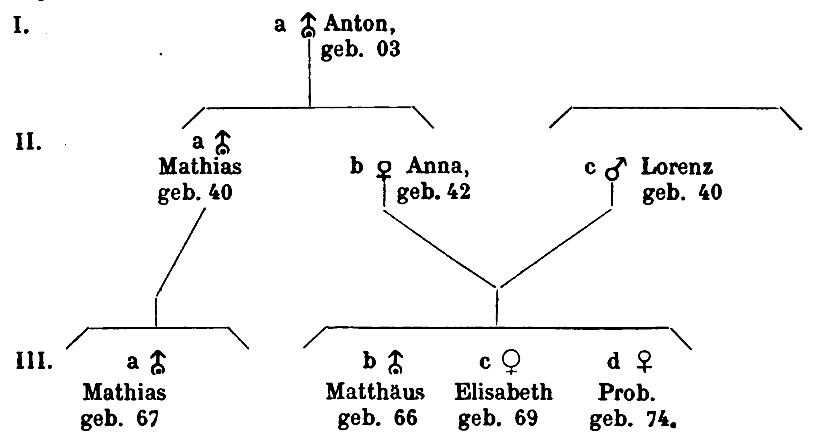
Endlich aber zeigt sich aus der früheren Krankengeschichte, daß die Beziehungen, die Patientin seinerzeit herstellte, zum großen Teil sehr weit entlegener Art waren und stark an schizophrene Spielereien erinnern. So scheint z. B. der Gebrauch der Patientin, Zahlen in der Zeitung auf die Seitenzahlen ihrer Goetheausgabe zu beziehen, recht sonderbar. Daß sie aus den Buchstaben M, N, O, P herausliest, sie solle im Adreßbuch nach X.' Wohnung suchen, ist kaum mehr als paranoischer Gedanke deutbar.

Zugleich wird aus der Krankengeschichte ersichtlich, daß die zahl-

reichen selbständig entstandenen Beziehungsideen erst nachträglich in Zusammenhang mit dem Freund gebracht worden sind, so also, wie das bei paranoiden Prozessen nicht selten vorzukommen scheint.

Wir werden aus alledem zu schließen haben, daß die Erkrankung unserer Probandin in der Tat einen prozessiven Beginn hatte und daß die kombinatorische Wahnbildung, die bis in die heutige Zeit reicht und zunächst als eine paranoische Persönlichkeitsentwicklung deutbar erscheint, erst auf dem Boden einer prozessiven Veränderung zustandekam.

Ziehen wir noch die Erblage zur Klärung heran, so haben sich die folgenden Befunde erheben lassen:



I a war geisteskrank. Die Kinder liefen ihm immer nach und verlachten ihn. Ob er in einer Anstalt war, ist nicht bekannt.

II a befand sich vom 16. Juli 72 bis 8. Juli 78 in der Heil- und Pflegeanstalt, nachdem er schon vorher 6 Jahre krank gewesen war. Er war völlig zerfahren und verwirrt, zeigte schwere interkurrente Erregungszustände, griff an, zerriß, war zu keiner Arbeit verwendbar, schaute beim Sprechen nicht auf. Schon 75 saß er immer mit blöder, halb lächelnder Miene den ganzen Tag ruhig, apathisch, teilnahmslos auf der Bank. Er wurde auf Wunsch seiner Frau im letzten Stadium der Lungenschwindsucht entlassen, um zu Hause abzusterben.

II b hatte als junges Mädchen immer Drüsen, Rheumatismus und Augenleiden, war aber von der Heirat an gesund; hatte jedoch vom Blutwechsel an wieder Rheumatismus. 13 Kinder, keine Früh- oder Fehlgeburt. 1 Kind erstickte während der Geburt. Das letzte Kind wurde infolge von Lebensschwäche nur einige Stunden alt. Starb 1908 an Herzwassersucht. Hat fast nichts getrunken. Nach Angaben der Pat. war die Mutter gleichmäßiger, aber nur auf die Arbeit eingestellt, im großen ganzen lieblos, gleichgültig gegen die Kinder.

II c war Landwirt, starb im November 1910, nachdem er infolge eines Nervenschlags 10 Jahre lang rechtsseitig gelähmt war. Der Schlaganfall wiederholte sich in den letzten 10 Jahren seines Lebens noch dreimal. Zuletzt zog es ihm beide Hände ein. Er wurde 70½ Jahre alt. Er war schon immer ein schwächlicher Mensch gewesen. Er ging jeden Abend ins Wirtshaus, hat etwa 2 Maß Bier täglich getrunken. Er war sehr intelligent und sehr beliebt, war deshalb früher Bürgermeister, dann Kinderpfleger. In seinen schriftlichen Arbeiten in diesen Ämtern war er immer exakt; es wurde ihm deshalb von den vorgesetzten Behörden ein besonderes Lob ausgesprochen.

III a: Aus dem Akt der genealogischen Abteilung der Forschungsanstalt ist bekannt, daß eine Schizophrenie vorlag.

III b litt, nachdem er einige Jahre vorher gelegentlich einer Feuersbrunst einen starken Schrecken durchmachte, an „Nervenschwäche" und Kopfschmerzen. Da die Mutter öfters erzählt hatte, daß in ihrer Verwandtschaft die Männer geistig nicht normal gewesen seien, glaubte er, er werde geisteskrank; wenn er viel Arbeit vor sich sah, ermüdete er bei der Arbeit sehr rasch. Das dauerte jahrelang. Er trank nichts mehr, versuchte alle möglichen Kuren, ging schließlich auch nach Wörishofen und machte dort kalte Abreibungen. Er wurde darauf wieder ganz gesund, ist auch jetzt körperlich und geistig gesund, wurde erst kürzlich von seiner Heimatgemeinde zum Bürgermeister gewählt.

III c lebt in München, ist sehr nervös, energielos und furchtbar empfindlich. Sie ging einmal wegen Müdigkeit und Heruntergekommenseins ins Krankenhaus. Dort wurde aber bei ihr nichts gefunden. Sie ist, wie das überhaupt so in der Familie liegt, sehr zurückgezogen.

Aus diesen Befunden ist zu entnehmen, daß in der Familie der Mutter schizophrene Störungen vorhanden sind. Zum mindesten bei Onkel und Vetter, vielleicht aber auch schon bei dem Großvater wird Dementia praecox anzunehmen sein. Zu der Annahme stimmt auch die charakterologische Eigenart der Mutter und der älteren Schwester, die man im Zusammenhang mit den manifesten Erkrankungen der Verwandten vielleicht als „schizoide" Psychopathen auffassen kann.

Sehr interessant ist die hypochondrische Erkrankung des Bruders, die offenbar jahrelang anhielt und an ein Schreckerlebnis anschloß. Wir haben hier gewisse Gemeinsamkeiten mit einer katathymen Wahnbildung.

Immerhin werden wir durch die Erblage dahin belehrt, daß eine in den weiteren Kreis der schizophrenen Prozesse gehörige Erkrankung bei der Patientin nicht auszuschließen ist. Auf der anderen Seite läßt sich, wie das ja überhaupt nicht möglich ist, die Heredität auch nicht zur Sicherung einer Diagnose verwenden. Die Beziehungen paranoider Erkrankungen, vor allem der Paraphrenie, zur Schizophrenie sind ja, besonders nach den Untersuchungen *Hoffmanns*, bekannt. Solche

näheren Zusammenhänge werden auch für die Paranoia behauptet, ohne daß bisher wirklich hinreichende Unterlagen für eine solche Annahme vorhanden wären. Im Gegenteil hat man vielfach in der Familiengeschichte paranoischer Erkrankungen wiederum eigenartige Psychosen gefunden, die eine klare Einordnung in eine der größeren Formengruppen nicht gestatten. Man wird bei der Erkrankung des Bruders an dieses Vorkommnis auch in unserem Fall erinnert. Immerhin liegen die Beziehungen zur Schizophrenie doch so zutage, wie dies im allgemeinen bei reinen paranoischen Erkrankungen nicht der Fall zu sein scheint, so daß man vielleicht im ganzen doch aus der Erblage eine Stütze für die Annahme eines Krankheitsprozesses entnehmen kann.

Um welche Art von Prozeß es sich in unserem Falle handeln könnte, ist nicht zu entscheiden. Schließt man sich der Systematik *Kraepelins* an, so wird man wohl zu dem Schlusse kommen müssen, daß wir es mit einer Form der Paraphrenie zu tun haben, die freilich weder ganz in das Bild der systematischen noch das der expansiven Unterform paßt. Auf dem ganzen Gebiete der paranoiden Prozesse haben wir es aber — das betont auch *Kraepelin* — nur mit sehr vorläufigen Gruppierungen zu tun. Dennoch wird man, gerade weil es sich offenbar um einen Krankheitsprozeß handelt, an dessen Wurzel man ein bestimmtes organisches Geschehen vermuten muß, bestrebt sein müssen, eine bestimmte Zuordnung zu finden, im Gegensatz zu den rein „funktionellen" Erkrankungen, bei denen scharfe Trennungslinien grundsätzlich unmöglich erscheinen.

Schon vielfach ist bemerkt worden, daß Krankheitsbilder, die mit dem unseren eine gewisse Ähnlichkeit haben, sich den bisherigen klinischen Modellen nicht recht fügen wollen. So kommt etwa *Bumke* zu der Abtrennung seiner Dementia phantastica, *Kleist* zu der Aufstellung der progressiven Beziehungspsychose. Auch *Westerterp* betont den von ihm beschriebenen Formen von Verfolgungswahn gegenüber, daß man wohl besondere Prozesse anzunehmen habe, die nicht ohne weiteres in den Rahmen der Schizophrenie eingehen. *Bleuler* freilich würde unsere Kranke wohl ohne weiteres in die Gruppe der Schizophrenien einreihen.

Nähere Vermutungen über die Art der in Frage kommenden Prozesse wird man bisher nicht äußern können. Jedenfalls kommt man um gewisse verwandtschaftliche Beziehungen zur Schizophrenie nach den ganz allgemein erhobenen Hereditätsbefunden kaum herum. Daß sich die Vorgänge aber ohne weiteres mit einem gewöhnlichen schizo-

phrenen Prozeß zusammenwerfen lassen, daß etwa lediglich quantitative Unterschiede anzunehmen seien, das möchten wir deshalb nicht annehmen, weil alle spezifisch schizophrenen Symptome vermißt werden.

Unter dem Gesichtspunkt der Annahme, die von *Bumke* vertreten wird, daß es sich bei den schizophrenen Erkrankungen um exogene Reaktionen handle, könnte man erwägen, ob nicht ganz verschiedene, verhältnismäßig milde, zu organischen Umwandlungen führende primäre oder sekundäre Hirnerkrankungen in Frage kommen. Man wird hier daran denken, daß etwa sensitive Wahnbildungen ganz besonders gern auf dem Boden der Erschöpfung auftreten, wie denn überhaupt prädisponierte Menschen auffallend häufig in Zeiten körperlichen Übelbefindens zu paranoiden Reaktionen neigen. Daß aber bei unserer Kranken entsprechende Vorkommnisse in Frage kämen, dafür haben wir keinen Anhaltspunkt.

Die Lösung aller dieser Fragen scheint aber gegenüber der sonstigen Bedeutung unserer Beobachtung von fernliegendem Wert. Was der hier beschriebene Krankheitsfall mit aller Eindringlichkeit zeigt, sind drei wichtige Punkte. Auf der einen Seite sehen wir, daß ein Krankheitsprozeß jahrzehntelang anhalten kann, ohne zu schwereren Erscheinungen Anlaß zu geben, als einer besonnenen paranoischen Wahnbildung, die sich von der Paranoia im Sinne der Entwicklung einer Persönlichkeit nicht unterscheiden läßt. Daß es solche Krankheitsfälle gibt, ist freilich lange bekannt. *Magenau* hat z. B. recht ähnliche, wenn auch nicht so eindrucksvolle Beobachtungen mitgeteilt. Unser Fall unterscheidet sich von allen uns bekannten Beobachtungen der Literatur dadurch, daß zurzeit aus dem Zustandsbild keine Berechtigung entnommen werden kann, ihn den prozessiven Erkrankungen einzuordnen.

Damit hängt der zweite Punkt zusammen, der unsere Mitteilung wichtig erscheinen läßt. Mit allem Nachdruck zeigt er, daß wir uns bei der Einordnung eines Krankheitsfalles nicht so sehr auf den Verlauf und den Ausgang verlassen dürfen, daß wir vielmehr alle erfaßbaren Gesichtspunkte berücksichtigen müssen, wenn wir zu einem klaren Urteil kommen wollen. In unserem Falle ist es der Beginn der Krankheit, der über seine Einordnung zu entscheiden hat.

Der dritte Punkt betrifft eine bedeutsame praktische Frage. Wäre die Kranke zufällig von der ersten Aufnahme in die Klinik verschont geblieben, so daß wir nur auf die augenblickliche Beobachtung angewiesen wären, so würden wir zu einer sicheren Einordnung auf keinen

Fall gekommen sein. Wir hätten vielmehr mit der Möglichkeit einer Persönlichkeitsentwicklung rechnen müssen. Angesichts dieser Beobachtung wird man aber zu fragen haben, wie es denn mit allen den anderen Beobachtungen der Literatur steht, die als Paranoia in Anspruch genommen werden? Reichen hier die Unterlagen tatsächlich aus, daß wir Möglichkeiten, wie wir sie in unserem Falle verwirklicht fanden, ausschließen können? Wir wagen diese Frage nicht zu beantworten. Aber schon die Berechtigung, eine solche Frage überhaupt zu stellen, zeigt, mit welchen erheblichen Unsicherheiten wir auf dem ganzen Gebiete zu rechnen haben. Daraus aber ergab sich uns auch die Verpflichtung, unsere Beobachtung mitzuteilen.

Literatur.

Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie, III. Aufl., 1920. — Ders.: Affektivität, Suggestibilität, Paranoia, II. Aufl., 1926. — *Bumke*: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, II. Aufl., 1924. — *Ewald*: Das manische Element in der Paranoia. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 75/1925, 665. — *Bumke*: Die Auflösung der Dementia praecox. Klin. Wschr. 3, 1924, 437. — *Gutsch*: Beitrag zur Paranoiafrage. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 38, 1918. — *Hoffmann*: Vererbung und Seelenleben. Berlin, 1922. — Ders.: Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen. Berlin, 1921. — *Jaspers*: Allgemeine Psychopathologie, III. Aufl., 1923. — *Kahn*: Diskussionsbemerkung. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 36, 1924, 263. — *Kehrer*: Erotische Wahnbildung sexuell unbefriedigter weiblicher Wesen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 65, 1922, 315. — *Kehrer* und *Kretschmer*: Die Veranlagung zu seelischen Störungen. Berlin, 1924. — *Kleist*: Die Auffassung der Schizophrenien als psychische Systemerkrankungen (Heredodegenerationen). Klin. Wschr. 2, 1923, 962. — *Kraepelin*: Psychiatrie, VIII. Aufl., 4. Bd., 1915. — *Kretschmer*: Der sensitive Beziehungswahn, Berlin, 1925. — *Lange*: Über die Paranoia und die paranoische Veranlagung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 94, 1924, 85. — *Magenau*: Verlaufsformen paranoider Psychosen der Schizophrenie. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 79, 1922, 463. — *Raecke*: Über Querulantenwahn. Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 38, 1924, 205. — *Westerterp*: Prozeß und Entwicklung bei verschiedenen Paranoiatypen. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 91, 1924, 259. — *Wigert*: Studien über die paranoischen Psychosen. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 38, 1915, 1. — *Wilmanns*: Zur klinischen Stellung der Paranoia. Ztbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1910, 294.

Zur Frage der Sodomie (Zooerastia).

Von

N. Bruchansky, Privatdozent in Moskau.

Dieser Umriß behandelt eine besondere Frage eines großen und äußerst komplizierten Problems einer ganzen Reihe von wissenschaftlichen Disziplinen. Unter welchen Verhältnissen kann die psychophysische Organisation des Menschen, als sozial-biologische Einheit, ihren mächtigen, von ihr untrennbaren Instinkt des Geschlechtstriebes zur Person des anderen Geschlechts derselben Spezies verlieren? Die soziale Bedeutung dieser Frage ist klar.

In den letzten Jahren waren wir Zeugen von der Ordnungslosigkeit und Unbeständigkeit im sexuellen Leben überhaupt, von zu frühem Beginn des Geschlechtslebens der Jugend, von bedeutender Steigerung der sogenannten Geschlechtsverirrungen, vom Steigen der Verbrechenkurven im Bereiche sexueller Verhältnisse. Im letzten Jahre sinkt dieses bedeutend. Zweifellos ist es, daß der Revolutionssturm vieles von der alten Ordnung und von den alten abgestorbenen Traditionen hinweggefegt hat, indem er die Werte umschätzte, die Klassenverhältnisse umbaute und die Persönlichkeit von vielem unnützem Individuellen befreite, gab er ihr eine dem Kollektiv näher stehende Einstellung, schwächte die durch Jahrhunderte hindurch besungene alte Romantik und Liebe, und auf diese Art und Weise kam es auf der Grenze des Kriegskommunismus und planvollen Staatsbaues zu einer gewissen sexuellen Gleichgültigkeit, Indifferenz. Interessant ist es, daß Verbrechen aus Eifersucht gegen die Persönlichkeit hauptsächlich von Leuten verübt werden, die über 40 Jahre alt sind, d. h. von Menschen, bei denen die alte Gewohnheit noch stark ist, während solche Verbrechen bei jungen Leuten verhältnismäßig selten zu finden sind. Aufmerksamkeit erregen die Verbrechen aus Eifersucht unter Homosexuellen. Im Laufe von 1923—1925 mußte ich als Expert an mehreren solchen Prozessen teilnehmen. Hier entsteht wieder die Frage, welche anfangs von uns gestellt war, — was sind das denn für Menschen, die diesen Instinkt verloren haben? Urteile

der Moral, eine Beurteilung vom Standpunkte des Gesetzes aus usw. müssen hier beiseite gelassen werden. Das einzige richtige Kriterium in dieser Frage kann, denke ich, nur der sozial-biologische Gesichtspunkt sein.

In dem vorliegenden Artikel halten wir uns nur bei der Sodomie auf, welche eine von den bekanntesten menschlichen Geschlechtstrieben ist. Wir brauchen uns nur an die Legende vom Schwan und der Leda zu erinnern, oder an das Buch Levit, wo folgendes zu lesen ist: — „und bei keinem Tier kannst du liegen, ohne deinen Samen zu verlieren und ohne daß du durch ihn verunreinigt wirst; und die Frauen sollen mit dem Vieh keinen Beischlaf haben. Das ist lasterhaft und abscheulich". Die Basreliefe der klassischen Welt zeugen von der Verbreitung der Sodomie in Griechenland und Rom. Davon hört man auch bei Plutarch in seinen Erzählungen von Frauenliebe zu den heiligen Ochsen. Sodomie wurde bis zum 19. Jahrhundert als ein schweres Verbrechen „gegen die Natur" angesehen. Die Geschichte der Bestrafungen für Sodomie ist reich an verschiedenartigen Strafmitteln. Rom bestraft, Byzanz schreibt das Abschneiden des Penis vor, in Deutschland droht die Carolina, in Frankreich die Ordonnanz des Jahres 1670 mit Verbrennungen. Das Kriegsgesetz Peter des Großen fordert eine „strenge Körperstrafe". Seit dem Anfang des XIX. Jahrhunderts wird fast überall die Sodomie nur dann bestraft, wenn sie öffentlich ausgeführt wird. Und scheinbar nur bei uns wird im Kriminalkodex von R. S. F. S. R. dieser Fall gar nicht vorausgesehen. *Block* hat Recht, wenn er die Sodomie nicht als Verbrechen, sondern als Vorfall ansieht. Sodomie ist augenscheinlich unverhältnismäßig öfters bei Männern als bei Frauen zu finden. So waren nach der Statistik von *Halerda* (Wien) unter 149 Männern nur 2 Frauen — Dienstmädchen im Alter von 16 und 29 Jahren — zu finden. Sodomie der Frauen mit Hunden beschreiben *Pfaff*, *Schaumstein*, *Maschka*, *Martineau*; mit Katzen *Krauß* usw. *Rohleder* führt einen Fall an, wo ein 30 jähriges Mädchen geschlechtlich erregt wurde, wenn ein Papagei sie auf die Stirn küßte. Interessant ist es, daß man bei Männern Fälle von Päderastie mit Männchen der Tiere findet, wobei die Menschen die passive Rolle spielen (*Tardieu*, *Bailey* und *Brouardel*, *Montalti*). In einem Falle, der in Virch. Jahresb. (1888, S. 447) publiziert ist, geschah bei einem überrumpelten Manne, als er sich vom Hunde befreien wolte, ein Riß im Perinéum. *Garnier* beschreibt einen Fall, wo ein Hund, welcher von einem 3-jährigen Mädchen geküßt wurde, seinen Penis mit Gewalt in ihre Vagina führen wollte.

Wenn wir die nach *Fischers* Ansicht recht verbreitete Mischung einer Tierart mit der anderen betrachten (Löwen und Tiger, Hunde und Wölfe, Hunde und Katzen usw.), so weist die Tatsache selbst dieser Mischung darauf hin, daß Sodomie nicht ausschließlich als eine krankhafte Erscheinung anzusehen ist. *Mantegazza* meint, daß der Mensch mit allen Tieren geschlechtlich verbunden war. Die Sodomie in Persien und Ägypten, der man abergläubisch eine Heilkraft gegen venerische Krankheiten zuschrieb, ihre Häufigkeit in den Dörfern und verhältnismäßige Seltenheit in den Städten, ihre hauptsächliche Verbreitung unter Leuten, deren Beschäftigung mit Pflege der Tiere verbunden ist (Stallknechte, Kutscher usw.) — all dieses läßt uns auch an den Einfluß rein äußerer Momente glauben, welche für Sodomie veranlagt sind und den Trieb dazu hervortreten lassen. Daß die Sodomie eine äußerst seltene Erscheinung ist, wird anderseits durch die Mehrzahl der Autoren einstimmig bestätigt, und in den Fällen, wo man von Individuen, die Sodomie trieben, hörte, findet man fast immer Andeutungen auf ihre Unzulänglichkeit in nervös-psychischer Hinsicht. So schreibt *Merschejewsky* in seiner „Gerichtsgynäkologie", daß im Laufe von 6 Jahren (1866—1872) nur 30 Fälle von Sodomiebeschuldigungen im Petersburger Bezirksgericht vorgekommen waren. Die Angeklagten waren im Alter von 17—40 Jahren, unter ihnen 23 Bauern, 4 Soldaten, 2 Kleinbürger, 1 Ausländer. U. a. konnte man aus den sieben von *Merschejewskiy* angeführten Gerichtsprotokollen in vier Fällen geistige Zurückgebliebenheit konstatieren, in einem Fall war die Sodomie von einem 60-jährigen Bettler vollführt, welchem man dem Anschein nach nicht weniger als 70 Jahre geben konnte.

Die der Sodomie gewidmete psychiatrische Literatur ist sehr gering und beschränkt sich beinahe nur auf Beobachtungen des vorigen Jahrhunderts. Interessant ist es, daß *v. Krafft*-Ebing nur eine persönliche Beobachtung anführt: „Bemerkenswert ist es", schreibt er in seiner „Psychopathia sexualis", „daß Fälle von wirklicher Zooerastia eine große Seltenheit sind". *Forel* meint, daß das eine Eigenschaft der Schwachsinnigen, Stumpfen und Idioten sei. *Wulffen* betont das Moment des Fetischismus. *v. Krafft*-Ebing führt den Begriff der Zooerastia für solche Fälle von Sodomie ein: „welche unbestreitbar auf pathologischem Boden entstehen, wo man das Vorhandensein von schwerer Belastung, von konstitutionellen Neurosen und Impotenz beim Coitus mit Frauen beweisen kann und wo die widernatürliche Handlung impulsiv auftritt". „Heute ist es noch nicht möglich", so schreibt er, „die Frage zu lösen, ob Zooerastia eine angeborene Ano-

malie ist, oder eine einfache Geschlechtsgefühlverirrung auf dem Boden des Fetischismus." Interessant ist die Ansicht von *Moll*, der es für möglich hält, daß hier Verzögerung oder Stillstand in der sexuellen Entwicklung im Stadium der geschlechtlichen Gleichgültigkeit stattfindet; dieser Umstand zusammen mit der sexuellen Hyperästhesie führt dahin, daß der Geschlechtstrieb sich auf Tiere richtet (dem Onanismustriebe analog); bei sich hinziehendem Vorhandensein des Triebes zu Tieren wird die Libidoentwicklung zu Frauen zurückgehalten. *v. Schrenk-Notzing*, von den Verirrungen überhaupt sprechend, behauptet, daß eine gewisse Schwäche des Nervensystems, eine psychopathische Konstitution, den betreffenden Menschen schon angeboren ist, welche in der Neigung zu wie gewaltsam aufgedrängten Assoziationen hervortritt, deren Richtung von äußeren Bedingungen abhängt. *Freund* meint, daß im Grunde der Geschlechtsverirrungen etwas Angeborenes existiert, das allen Menschen zu eigen ist, in seiner Intensivität schwankt und in Abhängigkeit von äußeren Momenten hervortritt. Die Verirrung ist nur dann krankhaft, wenn sie die normalen Verhältnisse verdrängt und vertritt, und wenn sie das einzige Mittel zur Befriedigung des Geschlechtstriebes darstellt. 1922 meint *Steckel* in seiner Arbeit, daß Zoophilia und Zooerastia als Erscheinungen des sexuellen Infantilismus zu betrachten sind. Dafür spricht seiner Meinung nach die Verbreitung der Sodomie im Altertum und unter den Wilden; Spuren davon kann man seiner Behauptung nach in der Liebe der Kinder zu Tieren finden und als leisen Nachklang davon hält er die Schmeichelnamen, mit denen wir uns liebe Menschen oft bezeichnen: „Kätzchen" usw.

Somit sehen wir, daß ein einheitlicher Standpunkt gegenüber der Sodomie — einer von den entstelltesten und seltensten Formen der Geschlechtstriebverirrungen — bis zum heutigen Tage nicht existiert. Ich meine, daß eine beharrliche Erforschung dieser Erscheinung besondere Beachtung verdient. Aus diesem Grunde publiziere ich auch hier meine Beobachtungen.

I. Beobachtung. Sodomie. Schizophrenie. G., 47 Jah. alt, Hebräer, seit 1923 von der Sozial-Fürsorge unterhalten, früher kaufmännischer Angestellter, wandte sich mit der Bitte um Arbeit ans Arbeitsbureau. Da seine Arbeitsfähigkeit Zweifel erregte, so wurde er am 21. I. 1926 einer Expertise im Moskauer Staats-Neuro-Psychiatrischen Dispensaire unterworfen. G.s Vater trank viel, zeichnete sich durch große Erregbarkeit aus; mütterlicherseits viele „Nervöse". G. entwickelte sich normal, beendete vier Klassen einer Kommerzschule, lernte leicht und gut. Nach Beendigung der Schule lebte er in der Familie ohne Beschäftigung. In dieser Zeit be-

obachtete man bei ihm: Unverträglichkeit, Heftigkeit, Grobheit und zuweilen ein wunderliches Betragen. Von 19 Jahren an als Verkäufer, Agent u. ähnl. in Handelshäusern angestellt. Fing früh zu trinken an, in der Jugend trank er viel. 1900, nach einer Expertise in einer psychiatrischen Anstalt, vom Kriegsdienst befreit. War seit 1915 mehrmals in psychiatrischen Anstalten interniert, in der Zwischenzeit arbeitete er, nahm die Stelle eines Wirtschaftsagenten ein. Seit 1923 als Geisteskranker der Sozialfürsorge übergeben und als Invalide erklärt. Somatischer Typus nach *Kretschmer* gemischt, dem pyknischen näher. Deformierter hoher schmaler Gaumen, unregelmäßige Lage und Form der Zähne. Seitens der inneren Organe und des Nervensystems nichts besonderes. Chronische Urethritis. RW. — negativ. G. ist unruhig, benimmt sich geziert, spricht viel und zusammenhanglos. Oft zerrissene Rede und sinnlose Urteile, Klügeleien. Verfolgungs- und Größenwahnideen, Halluzinationen des Gehörs. Bedeutende emotionelle Stumpfheit. Ist zynisch, vulgär. Geschlechtstrieb und auch Masturbation ungefähr von 13 Jahren an. Bald darauf gegenseitiger Onanismus mit Mädchen u. a. auch mit seiner Schwester. Mehrere erfolglose Versuche Koitus mit den Mädchen zu vollführen infolge seiner Unkenntnis den Penis in die Vagina zu führen. Beim Reiten und beim Tanzen geschlechtliche, gewöhnlich von Ejakulatio und Orgasmus begleitete Erregung. Mit erwachsenen Frauen kein Koitus aus Furcht vor Luesinfektion. Zu gleicher Zeit interessierte er sich sehr für Literatur über Sexualfragen, besonders für Beschreibungen von Sodomie. Im Alter von 15—16 Jahren dreimal Koitus mit einer Kuh, welche er beschicken mußte, weil sie niemand anderes zu sich heranließ. Der erste Koitus mit der Kuh geschah für ihn selbst ganz unerwartet; er wurde geschlechtlich erregt „es stieg mir zu Kopf“. Der Koitus gab volle Befriedigung: das psychische Erlebnis war mit dem Bilde der betreffenden Kuh verbunden. Nachdem die in der Familie lebende Köchin, welche davon gehört, daß G. mit einer Kuh Geschlechtsverkehr gehabt, sich selbst anbot, vollführte G. zum erstenmal den Koitus mit einer Frau und von dieser Zeit an kehrte er zur Sodomie nicht mehr zurück. Immer hat G. gesteigerte Libido, immer mehrere Frauen. Einige Mal mit seiner Frau Koitus per anum. Im Rausche Neigung seiner Partnerin physischen Schmerz zuzufügen. Die geschlechtliche Erregung wird oft von impulsiven Handlungen begleitet, wobei das Objekt (die Frau) ihm vollständig gleichgültig ist. Den Worten seiner Frau nach wirft er sie zuweilen ganz unerwartet, z. B. wenn sie am Herde steht und das Essen bereitet, zu Boden und trotz ihres Protestes vergewaltigt er sie.

II. Beobachtung. Inzest. Homosexualismus. Sodomie. Genuine Epilepsie. D., 34 jährig, Russe, Pädagoge, wandte sich im Oktober 1925 an den Moskauer Staats-Neuro-Psychiatrischen Dispensaire. Klagte über Krampfanfälle, Stimmungsstörungen und Gedächtnisschwächung. In der Verwandtschaft Geisteskranke, Alkoholiker, und Epileptiker abs. Vater — Egoist, eigensinnig, schwerer Charakter. D. entwickelte sich physisch normal. War reizbar, boshaft, eigensinnig von Kindheit an. Machte als Kind außer Scharlach und Masern keine anderen Infektionskrankheiten durch. Interessierte sich immer für abstrakte Mathematik. Gebrauchte Alkohol zufällig, äußerst selten. Seit dem 7. Jahre zuweilen Verstimmungen entweder schwermütigen Charakters oder spontan auftretende, oder

in Zusammenhang mit sexuellen Erlebnissen: „ich wollte im Zimmer allein sein, alles zerbeißen, zernagen“. Diese Stimmungen währten zuweilen 1—1½ Stunden, zuweilen 2—4 Wochen. Von Jugend an zuweilen Schwindelanfälle; „es setzte sich mir eine Schwere auf den Kopf“. Erhielt 28 jährig eine leichte Kontusion. Verlor nicht die Besinnung. Nach 4 Monaten der erste Anfall. Krampfanfall epileptischen Charakters mit Aura, Bewußtlosigkeit, Urinlassen, Defäkation, Zungenbiß, zuweilen mit nachfolgendem Schlaf, zuweilen mit nachfolgendem Gefühl von Munterkeit und Rüstigkeit („der Kopf wird wie gereinigt, das Gedächtnis wird besser, ich bin von irgend etwas Schwerem befreit worden“). Täglich mehrmals typische petit mals. Stimmungsstörung schwermütigen Charakters („ich möchte mich erwürgen“). D. ist völlig intelligent. Geniert sich leicht, ist eher verschlossen, pedantisch, akkurat, eigensinnig, „krankhaft ehrlich“, leicht reizbar, neigt zu egozentrischen Träumereien. — Die experimentell-psychologische Untersuchung ergab folgendes: Schwächung des mechanischen Gedächtnisses, sehr schwache Konzentration der Aufmerksamkeit, gut koordinierte, aber in der Mehrzahl sehr „enge“ Assoziationen. Von seiten der inneren Organe und des Nervensystems keine besonderen Abweichungen. Der somatische Typus ist nach *Kretschmer* ein gemischter, dem asthenischen näher stehend. Ein asymmetrisches Gesicht, weit auseinander stehende Zähne. RW. — negativ. Onaniert seit dem 7. Jahre in die Hand. Die Phantasie ist auf den Inzest gerichtet. Ejakulatio abs., war deshalb von seiner Untauglichkeit als Mann überzeugt. Wenn er in der Badeanstalt seine Mutter sah, so wünschte er mit ihr Geschlechtsverkehr zu haben, onanierte ebendaselbst, gleich nachher wurde ihm schwer zumute („das Gewissen begann zu sprechen“). In diesem Alter, als er einst mit seiner 18 jährigen Schwester im Walde spazierte, vollführte er, da sie darauf bestand (sie legte ihn auf sich), mit ihr den Koitus. Besonderen Eindruck machte dieses auf ihn nicht. 15 jährig unterhielt er auch aus eigener Initiative Geschlechtsverkehr mit ihr. In diesem Alter wünschte er oft Koitus mit Männern zu haben. 17 Jahre alt verkehrte er geschlechtlich (per anum und inter femores) mit seinem Bruder, mit dem er in einem Bette schlief. Während dieser Zeit (im Alter von 12—18 Jahren) hatte er auch oft Koitus mit Tieren und Vögeln (Hunde und Katzen, Enten und Hühnern). Das erste Opfer seiner Leidenschaft war eine Ente. Der Trieb dazu war unwiderstehlich. Er vollführte den Koitus durch die Hand und führte den Penis in die Vagina ein. Er erhielt volle Befriedigung. Weiterhin war ihm die Wahl des Tieres oder Vogels gleichgültig, die Befriedigung, welche er empfand, war entweder nur eine physiologische ohne Zusammenhang mit irgend welcher Vorstellung oder Phantasie, oder er erhielt sie eben von dem Tiere, mit dem er gerade sodomierte. 20 Jahre alt kam er einst nachts zu seiner geliebten jüngsten Schwester. Koitus, dann sogleich ein zweiter, den er nicht beendete, er schrie auf und lief davon. „Fühlte mich als Idiot, Verbrecher, wenn ein Strick dagewesen wäre, so hätte ich mich sofort umgebracht“. Hiernach wurde seine Schwester ihm wie ein fremder Mensch. Er konnte sie nicht mehr leiden. 23 jährig, als die ganze Familie in einem Zimmer leben mußte, schlief er mit seiner 53 jährigen Mutter zusammen. Im Laufe von 4 Monaten, als er wie immer onanierte, fühlte er nichts besonderes. Einmal, als er nur mit seinem „Penis ihre Vagina be-

rührte und ihn nicht hineinführte", fühlte er sich als Verbrecher und „niedriger als jedes Tier". „Die Mutter ist für mich heilig. Ich bedauerte sie, daß ich sie verdorben". Von dieser Zeit an war er der Mutter gegenüber feindschaftlich gesinnt. Die Erinnerungen daran rufen bis zur letzten Zeit ein Gefühl irgend einer besonderen Angst hervor. In dieser Zeit interessierte er sich für „unreife" Mädchen und hatte Abscheu vor einer Heirat mit einer Erwachsenen. Heiratete mit 28 Jahren. Trotz der gegenseitigen Achtung und, man kann sagen, Liebe, bedauert er es oft. Er fühlt, daß er seiner Frau zur Last fällt. Gesunkene Libido. In der letzten Zeit kommen ihm Gedanken, daß er „nicht mit seiner Frau, sondern mit einem Lappen arbeitet". Vor dem Koitus will er, aber während desselben nicht. Wenn er bei ihr liegt, „so kommt es mir vor, als ob ich mit einem Manne zusammen liege".

III. Beobachtung. Sodomie. Chronischer Alkoholismus. Psycho-Epilepsie. W., 32 jährig, Russe, Elementarbildung, ohne besondere Beschäftigung, unverheiratet, 1921 wegen Pferdediebstahls zu 5 Jahren Gefängnis verurteilt, aber infolge entstandenen Zweifels an seiner geistigen Gesundheit, nach einem Skandal in der Gerichtssitzung zur Expertise ins Institut der Gerichtlich-Psychiatrischen Expertise (Dir. *Dowbria*) gesandt. W.s Vater starb an Delirium tremens, im Rausche skandalierte er fast immer, schlug Frau und Kinder. Die Mutter starb 40 jährig am Krebs. 3 Brüder sind Alkoholiker. Eine Schwester stottert, die zweite leidet an hysterischen Anfällen.

W. wurde in Petersburg geboren. Sein Vater war Kurier im Ministerium des Innern; befriedigende materielle Lage der Familie; infolge der Exzesse des trunkenen Vaters schweres Familienleben. W. war ein schlagfertiger und behender Knabe, ein „Chooligan", wie er sich selbst nennt. Er liebte es Fenster einzuschlagen, die Zeitung bei Unkekannten in Brand zu setzen (war dafür einmal arretiert worden) u. a. Gute Fähigkeiten und ein gutes Gedächtnis. Von klein auf fing er zu trinken an. Von Kindheit an auch petits mals, welche in Form von Bewußtseintrübung „Ohnmachtsanfällen" auftraten. Im Alter von 8 Jahren verstärkt sich die Masturbation. Nach Absolvierung der Stadtelementarschule kam er in die Lehre zu einem Vergolder. Dann trat er in eine Kanzlei ein, schrieb Schreibmaschine, arbeitete dort einige Monate. Danach wechselte er äußerst oft und unregelmäßig seine Beschäftigung: „es wurde mir alles überdrüssig, ich wollte irgend wo anders hin". 1919 trat er aus materiellen Gründen als Freiwilliger in die Rote Armee ein. Machte Typhus exanthematicus und febris recurrens durch. Während eines Zusammenstoßes mit Machno erhielt er eine Schußwunde in den Leib. In der letzten Zeit lebte er von allem möglichen: verkaufte auf dem Markte verschiedene Kleinigkeiten, arbeitete als Tagelöhner, bisweilen stahl er. Trinkt beständig. Im Rausche ist er entweder sehr gutmütig und weich oder gereizt, boshaft und aggressiv. Oft pathologischer Rausch mit nachfolgender voller oder teilweiser Amnesie. W. ist ein deutlicher Astheniker, degeneratives Gesicht und ebensolche Ohren. Behaarung auf dem Gesicht schwach ausgedrückt. Gewundene und harte Arterien an den Schläfen. W. ist zugänglich, höflich, bescheiden, hält sich korrekt, geniert sich ein wenig, ist eher gutmütig. Eine niedrige allgemeine Entwicklungsstufe. Beschränkter enger Horizont. Arme Assoziationen. Verlangsamte psychische Prozesse. Geschwächtes Gedächtnis.

Etwas gesunkene Kritik. Recht oft spontan auftretende Stimmungsstörungen hauptsächlich schwermütigen Charakters, begleitet von deutlich bemerkbarer Verschlossenheit, oder er wird zuweilen reizbar und boshaft. Von Kindheit an gesteigerter Geschlechtstrieb. Mehreremal versuchte W. den Koitus mit Frauen, aber immer war er entweder dazu unfähig oder er erhielt keine Befriedigung. Orgasmus nur bei Masturbation. Onaniert täglich und zuweilen mehrmals an einem Tage. Was seine Sodomie anbetrifft, so führe ich hier seinen Brief, welchen er mir nach Schluß seiner Gerichtssache übergab, wörtlich an. „Ein nicht sehr weit zurückliegender Fall", so schreibt er, „aus meinem Leben. Einst in der Provinz ging ich im Dorfe zu einer Soldatenfrau, welche mit Wein handelte. Ich trank. Sie war hübsch. Ich wurde erregt und ging in den Hof um zu onanieren. Onanierend, erschien es mir, als ob ein Kalb mich verständnisvoll ansieht — als ob es alles begreift. Und ... in diesem Augenblick wird in mir der Wunsch wach, das Kalb zu utilisieren. Ich trat von hinten an dieses heran, aber als ob es begriff, wollte das Kalb meine Annäherung vermeiden. Ich warf das Kalb zu Boden (wobei sein Kopf unter die Treppe geriet) und gebrauchte es zu meiner Befriedigung. Meinen Penis herausziehend, erblickte ich auf ihm ein Stück dicker Flüssigkeit, wie grüne Seife. Mich von den Knien erhebend, kam ich zu mir. Meine Knie waren mit Dünger bedeckt, das Kreischen der Tür hörend, beeilte ich mich davonzulaufen, ohne Mütze, aus Furcht, daß alles zutage käme". Das psychische Erleben war mit dem Bilde des Kalbes verbunden, die Befriedigung war eine vollständige.

IV. Beobachtung. Sodomie. Schamlose Handlungen an der Tochter. Chronischer Alkoholismus. Arteriosklerose. S. 38 Jahre alt, Russe, Moskowiter, Arbeitsloser, trieb früher Fuhrwesen, im Lesen und Schreiben sehr wenig bewandert, verheiratet, hat 2 Töchter, lebt vom Verdienst seiner Frau. S. wird beschuldigt an seiner Tochter schamlose Handlungen begangen zu haben. Der Vater von S. starb im Alter von 60 Jahren, Alkoholiker, litt an irgendwelchen Ohnmachtsanfällen. Die Mutter starb 45 jährig, hatte von Bewußtlosigkeit begleitete Anfälle. 3 Brüder äußerst heftig und aufbrausend, einer von ihnen leidet an Epilepsie und chronischem Alkoholismus. S. wuchs in einer kleinbürgerlichen Familie auf. Sein Vater trieb das Fuhrmannsgewerbe. „Alle wurden in Strenge erzogen und niemand wagte es sich unanständig zu betragen." S. wuchs als gesunder, lebhafter, schlagfertiger Knabe auf. Die Schule besuchte er nur kurze Zeit — das Lernen fiel ihm schwer, hatte ein schwaches Gedächtnis. Von 8 Jahren an begann er seinem Vater zu helfen. Mit 12 Jahren fuhr er schon selbständig. War ein guter Arbeiter. 16 jährig, den Worten seiner Schwester nach, einer Feldscheerin in einem der großen Moskauer Krankenhäuser, hatte er einen Krampfanfall mit Bewußtlosigkeit, Schaum am Munde, Zungenbiß. Im Alter von 18 Jahren heiratete er; gutes Familienleben. Von 20 Jahren an trank er, trank regelmäßig, aber mit Maß. Nach den Worten aller, die ihn kannten, war er ein tadelloser Hausherr und Familienvater. Gesellig, lebenserfahren, „auf seiner Hut", sich durchzuhelfen verstehend, redselig, zutraulich, gesetzt und ruhig. War vermögend — ein eigenes Häuschen und 5 Pferde, beschäftigte sich mit Warentransport. Wurde in seinem Kreise von allen geachtet. Dann, durch die Revolution

(1917) aus dem Geleise geraten, veränderte er sich sehr: begann zu trinken, im Alter von 30—32 Jahren trank er beinahe ausschließlich Surrogate, kümmerte sich nicht mehr um seine Wirtschaft, hörte auf zu arbeiten, wurde händelsüchtig, reizbar, heftig, ohne Grund eifersüchtig, schlug seine Frau und Kinder, sank ganz tief, verwilderte. 1921 wurde er bedingungsweise zu 6 Monaten Haft verurteit, weil er Fleisch aus dem Lager gestohlen, wo er als Lastfuhrmann diente. Den Worten seiner Frau nach beobachtete man bei ihm in den letzten Jahren im Rausche trotz geschwächter Potenz äußerst gesteigerte Libido, „wobei er nicht enden kann". Dieses bedrückt sie sehr, aber sie „versagt sich ihm nie und unterwirft sich". Zuweilen (seinen Worten nach selten und in der Vergangenheit) traten bei ihm Zustände pathologischen Rausches ein, welche er, wie folgt, charakteristisch beschreibt: „es kam vor, daß die Umgebung davon sprach, ich sei gar nicht betrunken, weil ich mich wie sonst bewegte und sprach — aber dann konnte ich mich selbst an nichts mehr erinnern". Enuresis nocturna, was er und seine Anverwandten weder in der Kindheit noch in der Jugend bei ihm beobachten konnten, war jetzt seit 2 Jahren und 1½ Monaten aufgetreten. S. sieht älter als seine Jahre aus. Pykniker. Gut entwickelte Muskeln. Die Fingerenden sind deformiert. Hinten am Halse eine lipomatose Verdickung. Die Arterien der Peripherie sind gewunden und hart. Die Aorta bis zu 6½ cm vergrößert. Myocarditis. Stenosis v. aortae. RW. — negativ. Die experimental-pathologische Untersuchung ergab in der intellektuellen Sphäre keine besonderen Abweichungen. Der Intellekt steht auf niedriger Entwicklungsstufe. Verengerter Gesichtskreis. „Ins Wirtshaus zu gehen und dort zu sitzen — was?" — das ist sein einziges Vergnügen und Interesse im Leben. — Was die Sodomie und das Verbrechen, dessen man ihn beschuldigt, anbetrifft, d. h. seine Beschuldigung, schamlose Handlungen an seiner Tochter begangen zu haben, so scheint es mir angebracht und auch interessant, wörtlich die Aussagen seiner 12 jährigen Tochter und der Zeugin (seiner Frau) anzuführen. „Am 17. März 1925", so erzählt die Tochter, „als ich mit meiner Mutter zu Mittag aß, kam der Vater betrunken nach Hause. Er setzte sich an den Tisch, aß ein wenig und begann die Löffel auf die Diele zu werfen. Da stand ich mit meiner 3½-jährigen Schwester vom Tische auf und wir machten uns bereit spazieren zu gehen. Ich mußte dazu meine Handschuhe von der Wand herunternehmen, ich stieg deshalb auf einen Stuhl und der Vater, welcher neben mir saß, hob mein Kleid von hinten auf und berührte mit seiner Hand meinen kahlen Körper. Ich sprang deshalb vom Stuhl und ging auf die Straße. Als ich nach Hause kam, sah ich, daß mein Mutter geprügelt worden war. Ich übernachtete an diesem Tage mit meiner Mutter bei einer Nachbarin. Heute, d. h. am 8. April, ungefähr gegen 2 Uhr mittags bat mich der Vater ihm Streichhölzer zu bringen, was ich denn auch tat. Dann zwang er mich den Ofen zu heizen. Er verschloß die Zimmertür. Legte meine kleine Schwester aufs Bett und zog sie an den Beinen auf dem Bette hin und her, weshalb sie sehr schrie. Ich sagte: „Papa, höre doch auf sie zu quälen", da stellte er sie auf den Boden. Ich öffnete die Tür und meine Schwester lief fort. Danach bat er mich ihm seine Stiefel auszuziehen. Einen Stiefel zog ich herunter, aber beim andern gelang es nicht. Dann fragte er mich: „verstehst du denn keine Sache?" Er legte sich selbst

aufs Bett und befahl mir die Tür zuzuschließen, ich tat es nicht, da schloß er die Tür selbst zu. Er bat, ich möchte näher zu ihm kommen. „Ich", sprach er, „werde dir eine Sache sagen". Ich trat an ihn heran. Er hob mein Kleid auf und griff mich unten am nackten Körper. Ich lief in den Korridor hinaus, weinte und wartete auf meine Mutter, der Vater aber blieb die ganze Zeit über im Bette liegen". Die Frau des S. erzählt: „Am 8. April um 2 Uhr mittags kam ich von der Arbeit nach Hause. Das Mädchen weint und erzählt, der Vater ist betrunken, und führt sich unanständig auf: ließ sie den Ofen anheizen, verschloß die Tür, wollte mit ihr irgend etwas machen. Ich weiß nicht, was er mit meiner Tochter machen wollte. Mein Mann geht unangekleidet, nur in der Unterwäsche, im Zimmer umher. Das Bett ist zerwühlt. Fragt, wo ich gewesen und fängt mich an zu prügeln. Ich riß mich von ihm los und lief zum Hausverwalter. Er war nicht zu Hause. Nach kurzer Zeit kehrte ich nach Hause zurück, um zu sehen, was mein Mann macht. Die Tür war verschlossen. Durch das Fenster sah ich — mein Mann steht am Bett und hält einen Hund an den Hinterbeinen. Man sah seinen Penis wie er arbeitete, ich sah alles, d. h. mein Mann befriedigte seinen Geschlechtsbetrieb am Hunde, welcher unserem ganzen Hause gehörte". Die Bürgerin S. meint, daß ihr Mann geschlechtliche Verbindung mit dem Hunde schon mehrere Monate lang hatte, der Hund war augenscheinlich schon daran gewöhnt und liebte ihn. In den letzten 5 Monaten, wenn er betrunken nach Hause kam, so rief er den Hund zu sich in den Korridor und von dort aus hörte man zuweilen das Gewinsel des Hundes; danach wusch er sich jedesmal, wenn er aus dem Korridor zurückkehrte, die Hände.

In den angeführten Fällen I und II trägt die Sodomie keinen einheitlichen, sondern episodenhaften Charakter und vertritt während einer bestimmten Zeit eine andere Form sexueller Verhältnisse, in Fall III ist sie einmalig, in Fall IV aber nimmt sie systematischen Charakter an und verdrängt augenscheinlich den normalen Geschlechtstrieb. In den ersten drei Fällen, unabhängig von der Tatsache der Sodomie selbst, sind schon von frühem Alter an andere Veränderungen in der Entwicklung und im Hervortreten des Geschlechtstriebes beobachtet worden, im letzten Fall treten die Veränderungen erst im reifen Alter auf. In Fall I, als das Geschlechtsgefühl aus der Unwissenheit in Hinsicht der Frauen nicht ganz differenziert, dagegen die sexuelle Richtung klar ausgedrückt war, wurde wahrscheinlich durch das fortwährende In-Berührung-Kommen mit Tieren die Sodomie bedingt. In Fall II zeigt sich der in seiner Gespanntheit intensive Geschlechtstrieb überhaupt von Kindheit an äußerst entstellt und ordnungslos. In Fall III führt die erhöhte, durch den Alkohol und die Anwesenheit der hübschen Soldatenfrau noch mehr gesteigerte Sexualität und zugleich das Bewußtsein seiner Unfähigkeit mit Frauen Geschlechts verkehr zu haben wie immer zum Onanismus, und durch das zufällig

ihm über den Weg tretende Kalb kommt es zur Sodomie. In Fall IV führen die sexuelle Hyperaesthesie, die Geschlechtsschwäche und hieraus die sexuelle Gleichgültigkeit, die Degradierung des ethischen Gefühls, alles Folgen des chronischen Alkoholismus, bei einer primitiven Persönlichkeit, welche professionell mit Tieren oft zu tun hat, wahrscheinlich zur Sodomie. Die beschriebene Episoden ließen sich in allen Fällen bei Leuten mit groben Abweichungen in der nervös-psychischen Sphäre beobachten. Interessant ist es, daß Sodomie mit dem Nichtvorhandensein eines bestimmten konkreten Objekts des anderen Geschlechts der gleichen Spezies zusammenfällt, wohin der Geschlechtstrieb streben könnte; trotzdem die Sexualität bei allen sehr stark ausgedrückt ist, findet man hier eigentlich Indifferenz dem anderen Geschlechte gegenüber. In allen Fällen gibt der erste Koitus, obwohl er einen impulsiven Charakter trägt, doch volle Befriedigung. Die Veränderungen allein in der nervös-psychischen Sphäre können natürlich die Tatsache selbst des sexuellen Triebes zu Tieren nicht erklären, dieses können die Verhältnisse der Umgebung allein auch nicht tun. Wir meinen, daß die Sodomie ein Produkt der gegenseitigen Wirkung von pathobiologischen und pathosozialen Momenten darstellt.

Literaturverzeichnis.

1. *v. Krafft*-Ebing, Psychopathia sexualis. — 2. *Moll*, Untersuchungen über die Libido sexualis. — 3. *Forel*, Die sexuelle Frage. München. — 4. *Wulffen*, Der Sexualverbrecher. — 5. *Rau*, Die Verirrungen der Liebe. — 6. *Iwan Block*, Beiträge zur Aetiologie der Psychopathia sexualis. — 7. *Fischer*, Die Homosexualität eine physiologische Erscheinung. — 8. *Merschejewsky*, Gerichtsgynäkologie. — 9. *Stekel*, Psychosexueller Infantilismus. — 10. *v. Schrenck-Notzing*, Ein Beitrag zur Aetiologie der konträren Sexualempfindung. Klinische Zeit- und Streitfragen. Redig. v. H. Paschkis. IX. Bd., 1. H. Wien 1895. — 11. *Freud, S.*, Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. — 12. *Hofmann*, Lehrbuch der ger. Med.

Zur Kenntnis der „Hygromanie“ infolge von Nervenschußschmerz [1]).

Von

Hans Baumm.

Auszug aus der Krankengeschichte: Pat. wurde am 30. V. 18 durch Gewehrschuß am l. Oberschenkel verwundet. Er hatte sofort starke Schmerzen im ganzen l. Bein und vermochte nicht den äußeren Fußrand und die Zehenspitzen zu heben. Die heftigen Schmerzen dauerten an. Die Wunde eiterte anfangs. Schon einige Wochen nach der Verwundung wurde die Muskulatur des linken Beines etwas atrophisch befunden, die Zeichen der Peroneusparese traten mehr hervor. Bereits im Juli 1918 wird im Krankenblatt notiert: der Kranke behaupte, nichts Trockenes anfassen zu können, wische sich dauernd mit einem feuchten Tuch über Gesicht und Hände und gerate in Aufregung, wenn ihm dies verboten werde. Sonst sei sein Betragen ordentlich. Es wurde an Dementia praecox gedacht und der Kranke auf eine psychiatrische Abteilung verlegt. Die Haut der Hände war von der dauernden Feuchtigkeit bereits ganz aufgeweicht. Der Pat. verlor seine anfängliche Eigentümlichkeit, die Hände mit dem feuchten Tuch zu reiben, nachdem man ihm dieses weggenommen hatte. Der Verdacht der Dementia praecox konnte nicht bestätigt werden. Auf der Nervenschußstation, in die der Kranke nun verlegt wurde, stöhnte und jammerte er dauernd monoton in stereotyper Weise vor sich hin. Die Schmerzen waren am heftigsten in der l. Fußsohle. Die Diagnose lautete: „Schädigung des N. peroneus und des N. tibialis, Neuritis im N. tibialis mit psychogener Überlagerung, Imbezillität“. Die Stimmung des Kranken war sehr labil und wehleidig. Zeitweise war er mit Urin und auch Stuhl unrein. Eine gewisse Beruhigung wurde durch Dauerbäder erzielt, die Schmerzen im linken Bein blieben aber bestehen. Die verschiedensten operativen Eingriffe (unblutige Nervendehnung, endoneurale Kochsalz- und Novocain-Injektionen, Neurolyse und blutige Nervendehnung) brachten ebenfalls nur vorübergehend leichte Linderung. Die Schmerzen im l. Bein waren später wieder sehr heftig. Der Kranke jammerte viel,

---

[1]) Nach einem in der Sitzung des Nordostdeutschen Vereins f. Psychiatrie u. Neurologie am 29. 5. 1926 gehaltenen Vortrag. (Aus der Nervenstation der Versorgungsärztl. Untersuchungsstelle Königsberg).

konnte nicht gehen und stehen, hielt beim Sitzen den Körper nach links vorn geneigt; im Liegen waren die Schmerzen noch am erträglichsten. In diesem Zustande wurde er mit der Diagnose „Schwere Neuritis des l. Beines“ als erwerbsunfähig im Juli 1919 aus dem Lazarett und vom Militär entlassen. — Spätere Nachuntersuchungen und Nachforschungen in der Heimat des Pat. ergaben, daß die Schmerzen im l. Bein dauernd fortbestanden. Der Kranke rieb sich den l. Fuß ständig mit Öl und Salbe ein, in einem solchen Grade, daß dadurch das Schuhleder angegriffen wurde. In der Hitze und bei Sonnenschein nahmen die Schmerzen im l. Fuß, die brennenden und reißenden Charakter hatten, zu; Pat. liebte daher kalte und nasse Tage. Bei einer Nachuntersuchung im August 1921 wurden die l. Fußsohle und beide Hände gerötet, Fußsohle und Handteller wie von einer ätzenden Flüssigkeit aufgequollen befunden. Während einer kurzfristigen stationären Beobachtung im März 1922 kühlte Pat. sich die Füße, indem er dauernd Wasser in seine Stiefel goß, stöhnte und ächzte fortgesetzt. Es wurde eine „schwere psychogen (hyst.) bedingte Lähmung des l. Beines“ angenommen, die E. M. nur noch auf 50 % geschätzt.

Als ich den Kranken im April 1926 zum erstenmal sah, bot er einen sehr charakteristischen Anblick: Seine Kleidung war größtenteils durchnäßt, besonders Stiefel und Strümpfe trieften von Wasser. In jeder Hand hielt er einen feuchten Lappen, den er auch beim Ausziehen nicht aus den Händen ließ. Er verbreitete einen unangenehmen, penetranten, modrigen Geruch im Zimmer, und wo er saß oder stand, bildete sich bald eine Wasserpfütze. — Er klagte über heftige Schmerzen im l. Fuß, die von da aus öfters durch den ganzen Körper zögen. Auch im r. Fuß habe er Schmerzen, die aber zu ertragen seien, desgl. in beiden Händen. Er müsse deshalb die Hände dauernd mit feuchten Umschlägen kühlen und die Füße ständig naß halten. Auf Bahnreisen führe er 2 Flaschen bei sich, aus denen er nach Bedarf Wasser in seine Stiefel gieße. Ohne Wasser wüßte er sich gar nicht zu helfen, er sei dann ganz steif. Seit er die Beobachtung gemacht habe, daß die Schmerzen durch Kühle und Nässe gelindert werden, könne er in diesem Zustande wenigstens gehen, während er vorher ganz bettlägerig gewesen sei. Bei Hitze seien die Schmerzen im l. Fuß unerträglich, desgl. wenn die Luft direkt an die Haut des l. Beines oder an andere, sonst bekleidete Körperstellen gelange. — Die Untersuchung ergab, abgesehen von dem Narbenbefund, eine völlig blaurote Verfärbung beider Füße. Die Haut an den Sohlen und seitlichen Fußpartien sowie an beiden Handflächen und sämtlichen Fingern war im Zustande starker Mazeration. Unbekleidet wurde der l. Fuß beim Gehen nur mit der Hacke aufgesetzt. Beim Liegen befand sich der l. Fuß mit überstreckten Zehen in Klumpfußstellung. Achillessehnen- und Zehenreflex fehlten links. Es bestand links Hypalgesie am Fußrücken und in der Umgebung des äußeren Knöchels, Hyperalgesie an der Fußsohle. Elektrisch wurde starke Herabsetzung der galv. und far. Erregbarkeit links in der Wadenmuskulatur und sämtlichen Beugern des Fußes und der Zehen festgestellt; die kurzen Zehenbeuger waren faradisch überhaupt nicht erregbar. Träge Zuckung oder Überwiegen der ASZ über die KSZ war nirgends festzustellen. — Die Untersuchung ge-

staltete sich durch das außerordentlich wehleidige und klagselige Wesen des Pat. schwierig; der Kranke jammerte und stöhnte unausgesetzt, lief alle 2 Minuten zur Wasserleitung, um sich die Füße zu kühlen, strich mit dem nassen Strumpf über den l. Fußrücken, ließ sich nur mit Mühe und für kurze Zeit bewegen, die nassen Lappen aus den Händen zu legen. — Psychisch erwies er sich seiner masurisch-polnischen Abstammung entsprechend als eine primitive, schwerfällige, im übrigen aber nicht weiter defekte Persönlichkeit.

Nach der hier vorgetragenen Krankengeschichte handelt es sich um einen Fall peripherer Nervenschußverletzung, bei dem Schmerzen im Vordergrunde des Symptomenbildes stehen, und zwar Schmerzen, die einerseits nicht auf das verletzte Glied beschränkt sind, sondern sich von dort auch auf entlegene Körperteile, insbesondere die Gliedmaßenenden, erstrecken, anderseits auch gerade im Versorgungsbereich der geschädigten Nerven gewaltig zunehmen, wenn ein an sich harmloser Reiz, wie das normale Reiben der Kleidung auf der trockenen Haut, eine von der Verwundung weit abgelegene Körperstelle trifft. Fälle dieser Art sind in der deutschen (*Oppenheim*, *O. Foerster*, *L. Mann*, *A. Fuchs*, *Popper* [1]), *Sträußler* [2])) und französischen (nach dem Sammelreferat von *Lewandowsky*) Kriegsliteratur mehrfach beschrieben, aber doch in der Praxis so selten, daß ich mich zu dieser Mitteilung für berechtigt gehalten habe. Die Nerven, deren Verletzungen am meisten zu derartigen Folgezuständen disponieren, sind Medianus und Ischiadicus, und zwar ist es regelmäßig nur eine partielle Schädigung des Nerven, wie auch in unserem Falle trotz deutlicher organischer Symptome keine ausgesprochene elektrische Ea. R. festzustellen war. Gemeinsam ist allen bisher beschriebenen Kranken das Bestreben, durch Applikation von Nässe auf die schmerzenden Körperstellen ihre Beschwerdsn zu lindern. So hielt ein Kranker *Oppenheims* die zur Faust geballten Hände krampfhaft unter der Bettdecke, um die Schweißabsonderung in den Handflächen nach Möglichkeit zu fördern, andere Kranke bespeicheln die Hände, wieder andere gießen wie unser Pat. Wasser in Bett und Stiefel. Daher kommt der von den Franzosen geprägte Ausdruck „Hygromanie“. *Foerster* betont die „ganz unerhörte Stärke und eigentümlichste Färbung“ dieser Schmerzen, und alle Autoren schildern die sonderliche, vielfach groteske Art und Weise, in der sich die Kranken ihrer zu erwehren versuchen. Dieses Gebaren hat ja auch, wie bei dem

---

[1]) Wien. Kl. Wochenschr. 1918, p. 1135 u. 1919, p. 690.

[2]) Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 50, daselbst Angabe der Literatur, soweit hier nicht besonders angegeben.

Kranken *Sträußlers*, Veranlassung gegeben, den Pat. zur Beobachtung seines Geisteszustandes einer psychiatrischen Abteilung zu überweisen. Auffallend und, soweit ich sehe, in der Literatur noch nicht beschrieben ist die anfängliche zeitweise Unsauberkeit des Kranken mit Urin und sogar mit Stuhl. Vielleicht erklärt sich diese Erscheinung durch die hochgradige Affekterregung infolge der ganz außergewöhnlichen Heftigkeit der Schmerzen, analog der speziell bei primitiven Persönlichkeiten bekannten mangelhaften Beherrschung des Sphinkterenmechanismus in manchen Affektzuständen. Ein ungelöstes Problem ist es, wie man sich die Irradiation des Nervenschußschmerzes in entfernte Körpergegenden erklären soll. *Fuchs*, der unter der Bezeichnung „Alloparalgie“ Übertragung des Schmerzes in das homologe Nervengebiet der kontralateralen Körperhälfte beschrieben hat, vermutet eine Reizübertragung im Rückenmark. Ähnlich äußert sich *Gerson* [1]). Diese Erklärung kann natürlich für die Fälle nicht gelten, in denen die Projektion des Schmerzes nicht nur in das homologe kontralaterale Nervengebiet, sondern auch in andere entfernte Abschnitte der kontra- wie der homolateralen Körperhälfte stattfindet. *Sträußler* nimmt daher, gestützt auf experimentelle Untersuchungen, mit *Oppenheim* und *Foerster* eine Übererregbarkeit des dem verletzten Nerven zugeordneten kortikalen Empfindungszentrums an, das infolgedessen alle von der Peripherie ausgehenden Reize „auffangen“ und in das geschädigte Gebiet projizieren soll. Es liegt mir fern, zu diesen Theorien hier Stellung nehmen zu wollen; sie scheinen mir weniger zu erklären als das, was wir sehen, mit anderen Worten zu umschreiben. Wichtiger ist wohl die Tatsache, daß es sich bei allen bisher beschriebenen Kranken um irgendwie abartig veranlagte Individuen gehandelt hat. So ist auch unser Pat. eine primitive, beschränkte, schwerfällige Persönlichkeit, die vielleicht schon durch ihre polnische Abstammung etwas mehr zu funktionell-nervösen Störungen disponiert ist als der Durchschnitt der deutschstämmigen Bevölkerung; jedenfalls können hierfür die Erfahrungen sprechen, die an einigen Neurotiker-Stationen während der Kriegszeit gewonnen sind (z. B. *Jolowicz* [2]). Wie man aber auch die „neuropathische“ Veranlagung derartiger Kranker bewerten mag, Übereinstimmung herrscht bei allen Autoren in der Überzeugung, daß eine hysterische Grundlage der Störungen unbedingt zu verneinen ist, daß sie nichts mit den Symptomenbildern zu tun haben,

---

[1]) Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 48.
[2]) Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 52.

auf die das Wort „Kriegsneurosen“ geprägt ist. Psychogene Überlagerungen spielen jedenfalls, wenn sie in solchen Zuständen vorhanden sind, nur eine absolut nebensächliche Rolle. Diese Differentialdiagnose hier noch eingehender zu erörtern, erübrigt sich, da dies bereits von autoritativer Seite (*Oppenheim*, *Foerster*, *Sträußler* u. a.) restlos geschehen ist. Ich möchte nur in diesem Zusammenhang noch darauf hinweisen, daß unser Pat., im Gegensatz zu der so bezeichnenden Kriegsunlust hysterischer Psychopathen, bis zu seiner Verwundung rund $3^1/_2$ Jahre ununterbrochen als Infanterist im Felde gestanden hat, wie auch *Sträußler* bei seinem Kranken ausdrücklich hervorhebt, daß er ein alter, bereits mehrmals verwundet gewesener Frontsoldat gewesen ist. Die Erkennung des beschriebenen Zustandes ist leicht, da das Verhalten der Kranken so übereinstimmend und charakteristisch ist, daß die Beschreibung eines Kranken auch auf alle anderen zu passen scheint. Der Arzt und insbesondere der Gutachter muß diese, jetzt im ganzen selten gewordenen Krankheitsformen und ihre organische Grundlage kennen, um diese bejammernswerten Patienten richtig beurteilen zu können und sie nicht kurzer Hand unter der Rubrik „Hysterie“ oder „Psychogenie“ abzufertigen.

Neue Aufgaben der praktischen Psychiatrie[1]).

Von

Gustav Aschaffenburg, Köln.

Es handelt sich bei dem, was ich vorschlagen möchte, natürlich nicht um zwei ganz unbekannte, völlig neue Aufgaben, aber um zwei, die aus der stillen Verborgenheit, in der sie bisher ein kümmerliches Dasein fristen, sich zu ganz wesentlichen Aufgaben entwickeln werden; wir Psychiater werden uns daher wohl entschließen müssen, die Aufgaben mit aller Entschiedenheit und Zielbewußtsein in Angriff zu nehmen, und zwar schon möglichst bald.

I.

Auf dem 9. internationalen Gefängniskongreß im August 1925 in London wurden einige bedeutsame Beschlüsse gefaßt. Um deren Tragweite richtig zu würdigen, ist festzustellen, daß auf dieser Tagung nur wenige Theoretiker vertreten waren. Die Beschlüsse wurden nach gründlichster Erörterung von den erfahrensten Praktikern aller Länder und, soweit sie uns betreffen, einstimmig gefaßt.

In der II. Sektion (Verwaltung) war die zweite, durch eine Reihe von Gutachten vorbereitete Frage die: „Sollen in Gefängnissen Einrichtungen für die wissenschaftliche Untersuchung der Gefangenen geschaffen werden?

Würde ein solches System dazu helfen, einerseits die Ursachen der Verbrechen festzustellen und andererseits gegenüber dem einzelnen Verbrecher die richtige Art der Behandlung zu finden?

Wäre es nicht ratsam, dasselbe System nutzbar zu machen, um Personen, die eines geistigen Defektes verdächtigt sind, vor der Hauptverhandlung zu untersuchen?"

Der Beschluß lautete: „Es ist nötig, daß sowohl der Untersuchungsgefangene als auch der Strafgefangene durch besonders geeignete

[1]) Nach einem Vortrage auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie am 4. Sept. 26 in Düsseldorf.

Ärzte körperlich und geistig untersucht, und daß in den Anstalten die hierzu nötigen Einrichtungen geschaffen werden.

Ein solches System würde dazu helfen, die biologischen und sozialen Ursachen der Kriminalität festzustellen und gegenüber dem einzelnen Verbrecher die richtige Art der Behandlung zu finden."

Einer der Amerikaner, deren Eingreifen in die Erörterung jedesmal einen Höhepunkt bedeutete, erklärte, die Frage sei eigentlich überflüssig; denn sie sei wesensgleich mit der: wollen wir überhaupt einen brauchbaren Strafvollzug haben oder nicht? In Amerika gibt es vielfach schon derartige Untersuchungen. Neben den Amerikanern war es besonders *Vervaek* (Brüssel), der eingehend darstellte, wieweit man in Belgien schon in dieser Richtung fortgeschritten sei. Bekanntlich sind auch in Lettland, Rußland[1]) und neuerdings in Bayern[2]), in Sachsen, Württemberg ähnliche Bestrebungen im Gange; leider war kein Vertreter deutscher Länder da, der über die bisherigen Erfahrungen hätte berichten können.

Daß ein solches Vorgehen notwendig ist, bedarf keiner näheren Begründung. Die Notwendigkeit wird noch deutlicher aus weiteren Beschlüssen, die, nebenbei wie alle Beschlüsse, auch von der Generalversammlung angenommen worden sind. Zu diesen Beschlüssen gehört die Antwort auf die vierte Frage der Sektion I (Gesetzgebung): „Was kann geschehen, um eine gerechte Anwendung des Prinzips der Individualisierung der Strafe durch den Richter, der die Strafe gegen den Rechtsbrecher festsetzt, zu fördern?" Zu den für nötig erklärten Maßnahmen gehört Ziffer 9: „Wenn diese Mittel (Mittel der Ausbildung und der Sammlung der Grundlagen für die Beurteilung der Persönlichkeit) nicht ausreichen, um dem Richter eine genaue Vorstellung von dem körperlichen und geistigen Zustand des Angeschuldigten zu verschaffen, so muß er die Befugnis haben, ihn durch medizinische Sachverständige und Psychologen untersuchen zu lassen."

Also nicht nur dann, wenn es sich um die Zurechnungsunfähigkeit handelt, sondern ausdrücklich soll die ganze Persönlichkeit Gegenstand einer genauen Analyse werden, um die Strafe zweckmäßig individualisieren zu können; als Ratgeber in entscheidender Stellung erscheint der ärztliche Sachverständige.

---

[1]) *Krasnuschkin*, Das Kabinett für die Erforschung der Persönlichkeit des Verbrechers und der Kriminalität. Monatsschr. Krim. Psych. XV S. 274.

[2]) *Viernstein*, Biologische Probleme im Strafrecht. Deutsche Z. f. d. ges. gerichtl. Medizin 1924, S. 436. — Ders., Der kriminalbiologische Dienst in bayerischen Strafanstalten. Monatsch. Krim Psych. XVII, S. 1.

Auch bei der 3. Frage der Sektion II: „Ist es ratsam, eine Einteilung der Gefangenen nach ihrem Charakter, nach der Schwere der Strafe oder der Verfehlung vorzunehmen, um verschiedene und der einzelnen Gattung angepaßte Arten der Behandlung zu ermöglichen, und wie sollen die Strafanstalten für diese Zwecke eingerichtet sein?“ sowie auch bei der 4. Frage der Sektion III (Verhütung): „Welche Maßnahmen sind gegen anormale (zurückgebliebene geistesschwache) Erwachsene zu ergreifen, die gefährliche Neigungen zeigen? Sind diese Maßnahmen auf Kinder derselben Art anwendbar?“ wurde überall aufs schärfste betont, daß der Psychiater unentbehrlich sei und in der Regel den Ausschlag zu geben habe.

Unser zukünftiges Strafgesetzbuch enthält Bestimmungen, die, wenn auch in der versteckten Form der Sicherungsmaßregel, abgesehen von der Verwahrung Zurechnungsunfähiger und vermindert Zurechnungsfähiger, bei Gewohnheitsverbrechern die unbestimmte Verurteilung zuläßt. Auch in dieser Beziehung ließ der Kongreß keinen Zweifel, daß für ihn das Prinzip der unbestimmten Verurteilung eine unerläßliche Voraussetzung zielbewußter Verbrechensbekämpfung sei. Auf die dritte Frage der Sektion I: „Ist es möglich und in welchen Grenzen das Prinzip der unbestimmten Verurteilung zur Bekämpfung des Rückfalls zu verwenden, und zwar nicht nur, soweit es sich um schwere Verbrechen handelt, sondern auch in jedem anderen Falle?“ lautete die Antwort: „Die unbestimmte Verurteilung ist die notwendige Konsequenz der Individualisierung der Strafe und eines der wirksamsten Mittel der sozialen Verteidigung gegen das Verbrechen.

Die Gesetze eines jeden Landes haben zu bestimmen, ob und in welchen Fällen eine Höchstdauer der unbestimmten Strafe von vornherein festzusetzen ist. Jedenfalls sollte eine bedingte Entlassung gewährleistet und geregelt sein; die praktische Ausgestaltung ist den Verhältnissen der einzelnen Länder anzupassen.“

Ebenso setzt der jetzt schon allenthalben auch bei uns in Deutschland eingeführte progressive Strafvollzug, das Stufensystem eine genaue charakterologische Beurteilung der Strafgefangenen voraus, ohne die das ganze Verfahren von vornherein scheitern muß.

Daß wir als Psychiater bei dieser Beurteilung der Gefangenen in Zukunft ein gewichtiges Wort mitzureden haben, ergibt sich aus der einfachen Tatsache, daß vor allem alle die ausgeschieden werden müssen, deren geistige Erkrankung bis zur Verurteilung nicht erkannt worden ist, und für die eine Behandlung oder die Ausscheidung aus dem Strafvollzug erforderlich ist. Mit solchen Persönlichkeiten darf der Straf-

vollzug nicht belastet werden. Aber wir sind ferner auch allein imstande, bei dem Heer der Psychopathen die Richtlinien einer zweckmäßigen Behandlung vorzuschreiben und zu beurteilen, ob und wann der Endpunkt gekommen ist, einen Versuch mit einer Entlassung zu machen. In dem Bericht des Ministers van der Velde zu einem höchst beachtenswerten belgischen „Entwurf eines Gesetzes der sozialen Gegenwehr gegen den abnormen und Gewohnheitsverbrecher und die straffälligen Jugendlichen vom Jahre 1914" heißt es von den vermindert Zurechnungsfähigen und bis jetzt deshalb milder bestraften: „Wegen ihrer geistigen Schwäche und des Mangels an seelischem Gleichgewicht sind sie besonders geneigt zu Verbrechen, besonders unfähig, ihren krankhaften Antrieben oder den schlechten Einflüssen ihrer Umgebung zu widerstehen, folglich besonders geneigt, rückfällig zu werden". Und gestützt auf diese Ansicht will der belgische Entwurf die vermindert Zurechnungsfähigen einer Art der Unterbringung unterwerfen, „die menschlich sein, aber länger dauern soll". Die Unterbringung entspricht nicht einer Strafe, sondern gleichzeitig einer Maßnahme des Gesellschaftsschutzes und der Menschlichkeit; der Anomale, außerstande gesetzt, Schaden anzurichten, wird einer wissenschaftlich organisierten Behandlung unterworfen".

Faßt man all das zusammen, so ergibt sich als Wesentlichstes, daß in Zukunft nach den Wünschen des internationalen Gefängniskongresses die Persönlichkeit jedes einzelnen Gefangenen aufs sorgsamste erforscht werden soll, und daß an Hand des Ergebnisses der Behandlungsplan entworfen werden muß, dessen Endziel, wenn es möglich ist, den Internierten ungefährlich und sozial brauchbar zu machen, die Entlassung sein soll; wo das aber nicht gelingt, die dauernde, zweckentsprechende und möglichst humane Unterbringung.

Für uns Psychiater erhebt sich aber die bange Frage, ob wir der schwierigen Aufgabe dieser Beurteilung gewachsen sind. Ich glaube, von vereinzelten Kollegen abgesehen, wird man kaum wagen können, die Frage zu bejahen, und wird sie für einen großen Teil der Gefängnisärzte unbedingt verneinen müssen. Ich habe dies in der Erörterung über die zuerst erwähnte Frage in London auch offen ausgesprochen. Wenn wir unseren jetzt tätigen Gefängnisärzten diese so außerordentlich schwierige Beurteilung überlassen müßten, so würden wir in Deutschland — und ich bin überzeugt, in den meisten anderen Ländern ist es gewiß nicht besser — die wertvollen Bestrebungen des Gefängniskongresses schwer schädigen. Denn jeder Mißgriff, jedes Fehlurteil wird die, besonders bei den Theoretikern bestehenden Bedenken ver-

stärken und wohl auch in den breiten Volksmassen das Vertrauen in die Zweckmäßigkeit dieses Vorgehens untergraben.

Das darf unter keinen Umständen geschehen. Wir stehen erst im Beginn, wir müssen uns über den Weg klar werden, der die Lösung dieser so vielversprechenden Aufgabe ermöglicht. Die Vorbildung geeigneter Gefängnisärzte muß schon jetzt zielbewußt ins Auge gefaßt werden. Das jetzige Verfahren, daß unsere Kreis- und Gerichtsärzte, die größtenteils gleichzeitig Gefängnisärzte sind, nur 3 Monate psychiatrische Vorbildung nötig haben, ist unhaltbar. Unter allen Umständen muß verlangt werden, daß jeder Gerichtsarzt und, wenn einmal unser Strafgesetzentwurf Gesetz geworden ist, jeder Gefängnisarzt eine mindestens zweijährige Tätigkeit an einer psychiatrischen Anstalt nachweisen muß. Die Ausbildung dieser zukünftigen Gefängnisärzte darf sich nicht auf die Beherrschung der psychotischen Krankheitsbilder und ihre rechtliche Bedeutung beschränken, sie muß in gleicher Weise die psychopathischen Persönlichkeiten und das Seelenleben des sogenannten normalen Menschen, insbesondere des sogenannten normalen Verbrechers umfassen. Haben wir so ausgebildete Gefängnisärzte, so werden nicht nur die rein praktischen Aufgaben, die der Strafvollzug an uns stellt, gelöst werden können, nicht nur die Sicherheit der Gesellschaft in weit besserem Maße wie bisher gewährleistet werden; es würde zweifellos auch der Wunsch erfüllt werden, den der Londoner Kongreß geäußert hat, daß wir die biologischen und sozialen Ursachen der Kriminalität wirklich erkennen lernen.

II.

Der Strafgesetzentwurf des Jahres 1925 weist den Irrenanstalten die vermindert Zurechnungsfähigen vor oder nach der Strafverbüßung zur Bewahrung zu. Das hat der deutsche Verein für Psychiatrie auf seiner Tagung in Jena abgelehnt. Eine solche Unterbringung nicht eigentlich Geisteskranker widerspricht den bisherigen gesetzlichen Bestimmungen für die Aufnahme in Irrenanstalten. Da, wo die Versorgung der Geisteskranken, wie in Preußen, Sache der Provinzialverwaltung ist, werden sich diese mit guten Gründen dagegen wehren, Aufgaben zu übernehmen, die zu den Angelegenheiten des Strafvollzugs gehören. Es ist wohl auch nicht zu bezweifeln, daß der größte Teil der hier in Betracht kommenden Personen ebenso gut im Strafvollzug bleiben kann; ein Teil ist sogar sicher besser in den Strafanstalten untergebracht. Man kann es den Irrenanstalten auch nicht verdenken, wenn sie sich dagegen wehren, mit solchen, zum großen Teil

recht schwierigen und unliebsamen Elementen übervölkert zu werden und damit Gefahr zu laufen, ihren Charakter als Krankenanstalten einzubüßen.

Betrachtet man aber die Angelegenheit einmal völlig unbefangen und ohne von vornherein die unerfreulichen Weiterungen ins Auge zu fassen, so stößt man auf ein Problem, das dringend nach einer Lösung verlangt. Ich habe schon oben erwähnt, daß der belgische Entwurf die Gewohnheitsverbrecher fast völlig mit geistig Minderwertigen identifiziert. Das geht wohl zu weit, aber nicht zu leugnen ist, daß ein großer Teil zu den psychopathischen Personen zu rechnen ist.

Sehen wir einmal ab von diesen Zusammenhängen und fragen uns ganz allgemein: Was geschieht bei uns in Deutschland mit dem ungeheuren Heer der Psychopathen? Für die kriminell Gewordenen wird, wenn auch erst, nachdem ihre gesellschaftsschädigenden Neigungen hervorgetreten sind, insofern gesorgt, als sie in den Strafanstalten und in späterer Zukunft vielleicht in besonderen Abteilungen oder besonderen Anstalten für vermindert Zurechnungsfähige untergebracht werden. Die Jugendlichen kommen in die Fürsorgeerziehung. Für die dem jugendlichen Alter noch Nahestehenden soll das zurzeit angestrebte Verwahrungsgesetz sorgen. Aber um den Rest und zwar um einen recht bedeutenden Rest kümmert sich, genau genommen, niemand. Denn was die Psychopathenfürsorge anstrebt, gilt im wesentlichen immer nur für die Jugendlichen. Der übrigen nehmen sich wohl die Kliniken an, in denen die Psychopathen aller Grade und Alters eine außerordentlich große Rolle spielen; eine so große, daß die Aufnahme dieser Persönlichkeiten im allgemeinen wohl der Zahl der Psychosen im engsten Sinne gleichkommt. In der psychiatrischen Klinik in Köln wurden im 1. Halbjahr 1926 941 ♂ u. 597 ♀ aufgenommen, von denen nach Abzug der Irrläufer und nicht Diagnostierten 914 ♂ und 590 ♀ blieben. Unter den Männern rechneten wir 270 zu den Psychopathen = 29,5 %, gegen 102 = 12 % Schizophrene und 55 = 6 % Paralytiker, bei den Frauen 189 = 32 %, gegen 25 % Schizophrene und 4 % Paralysen. Nicht berücksichtigt wurden dabei die Versagungszustände und die Psychopathen unter den Morphinisten.

Das, was wir in den Kliniken mit solchen Kranken machen können, ist durchaus unzulänglich. Der außerordentliche Andrang zu den Kliniken macht es, wenigstens in großen Städten, unmöglich, die Kranken längere Zeit zu beobachten oder gar richtig zu behandeln. Viel mehr können wir nichts tun als feststellen, welchem Typus der großen Familie der psychopathischen Persönlichkeiten der Kranke angehört, vielleicht

auch noch Anhaltspunkte gewinnen, wie die Behandlung vor sich gehen müßte. Aber zur Behandlung selbst langt es wegen Platz- und Zeitmangels nicht; und doch sind gerade unter diesen Kranken viele, die ganz unfähig sind, sich selbst ohne eine gründliche ärztliche Hilfe im Leben zu behaupten, viele, die, unbehandelt und ohne ärztliche Aufsicht, ihre Umgebung und die weitere Mitwelt in oft ganz erheblichem Umfange schädigen. Leicht ist es nicht, diese mehr durch Anlage als durch Erziehung Gefährdeten durch ein zielbewußtes Vorgehen sozial brauchbar zu machen, und Mißerfolge werden auch bei hinreichender Zeit und größter Mühe an Zahl wahrscheinlich größer sein als die Erfolge. Aber selbst bei einer solch skeptischen Beurteilung kann man die Tatsache nicht leugnen, daß eine große Zahl behandlungsbedürftiger Menschen unter den heutigen Verhältnissen nirgendwo die für sie notwendige Behandlung finden kann; ein Unrecht an dem Kranken, aber auch ein Unrecht gegenüber der Öffentlichkeit. Der heilbare Teil wird, richtig behandelt, der Öffentlichkeit große Kosten sozialer Fürsorge ersparen und für das Leben wieder zu gewinnen sein. Vor den anderen aber muß die Öffentlichkeit geschützt werden, bevor sie Landstreicher, Bettler, Trunksüchtige und Verbrecher geworden sind.

Der einzige, mir möglich erscheinende Weg ist, den Irrenanstalten Abteilungen für Psychopathen anzugliedern, wo diese so lange bleiben können, bis der Erfolg der Behandlung erreicht oder die Unmöglichkeit eines Erfolges festgestellt ist. Dann käme allerdings nur eine Sicherungsverwahrung in Betracht.

Mit der Schaffung solcher Psychopathenabteilungen[1]) würden die Irrenanstalten dreierlei gewinnen:

1. Würde damit endgültig mit dem Vorurteil gebrochen werden, das weite Kreise unseren Irrenanstalten und den dort Untergebrachten entgegenbringen. Befinden sich doch gerade unter den psychopathischen Persönlichkeiten viele, die, wie Zwangskranke, Selbstunsichere, konstitutionell Depressive, abgesehen von ihren Krankheitssymptomen, oft ungemein wertvolle Menschen sind.

---

[1]) Anm. bei der Verbesserung. *Bratz* hat, wie ich nachträglich erfahre, einen ähnlichen Vorschlag schon 1920 (Neurol. Centralblatt 1920 Nr. 7 gemacht. Es ist ihm aber außerdem gelungen, seinen Wunsch zu verwirklichen. Die Nervenklinik Wiesengrund dürfte wohl die erste größere Abteilung für Psychopathen und Nervöse sein, die einer Irrenanstalt angegliedert ist.



2. In die vielfach trostlose Tätigkeit des Irrenarztes, zumal an großen Anstalten, käme als Lichtblick die Freude, gerade solche Menschen wieder lebenstüchtig machen zu können, Heilungen zu erleben, die nicht dem vom Arzte wenig zu beeinflussenden Abklingen der Psychose oder dem Zurücktreten der schwersten psychotischen Erscheinungen zu verdanken sind, sondern die er sich und seiner mühevollen Arbeit zuschreiben darf.

3. Der weitere Vorteil aber berührt die im ersten Abschnitt dargestellte Zukunftsfrage. Für den Gefängnisarzt ist wichtiger als die Kenntnis der Psychosen ein gründliches Wissen um das Wesen der psychopathischen Persönlichkeiten. Erst wenn in jeder Irrenanstalt eine Abteilung für diese Menschen besteht, werden unsere zukünftigen Gefängnisärzte in der Lage sein, sich für ihren Beruf ausreichend vorzubilden.

Wir werden guttun, nicht erst zu warten, bis die neugeschaffene Gesetzgebung, die dabei doch auch nur wieder erst Wegebereiterin für die weitere Entwicklung ist, Anforderungen an die jüngere Psychiatergeneration stellt, die sie nicht erfüllen kann. Dieser jüngeren Psychiatergeneration aber wird es beschieden sein, wenn wir rechtzeitig den Aufgabenkreis unserer Irrenanstalten erweitern, nicht nur mehr Befriedigung in ihrem Berufe als Irrenärzte zu finden; für sie eröffnet sich auch durch das große Bedürfnis der Strafanstalten nach tüchtigen, auf allen Gebieten psychopathischer Abartung durchgebildeten Ärzte ein großes Feld praktischer Betätigung und wissenschaftlich zu erforschenden Neulandes.

Über die pharmakologische Beeinflussung nervöser Systeme und die Auslösung nervöser und psychischer Syndrome durch Gifte[1].

Von

M. Rosenfeld-Rostock.

Das Tatsachenmaterial, auf welches sich mein Bericht beziehen wird, muß uns Kliniker gegenwärtig ganz besonders interessieren und zur prinzipiellen Stellungnahme von Seiten der Kliniker drängen. Unsere Anschauungen über die Art, wie different wirkende Mittel an den nervösen Elementen oder Systemen angreifen und in ihren Funktionen beeinflussen, haben sich in einer modernen Pharmakologie sehr wesentlich geändert, und diese Wandlungen beeinflussen natürlich auch unsere Vorstellungen über die Art krankhaften Geschehens im Nervensystem.

Die moderne Industrie bietet uns eine täglich sich mehrende Fülle von differenten Mitteln sehr verschiedener Herkunft und Beschaffenheit — selbstverständlich nach einer vorher stattgehabten sorgfältigen pharmakologischen Prüfung —, mit denen wir einerseits nervöse und psychische Syndrome bekämpfen wollen — welche aber andererseits selbst wieder geeignet sind, nervöse und psychische Syndrome zu erzeugen, indem sie offenbar an verschiedenen nervösen Systemen ihre Angriffspunkte haben.

Der Kliniker wird nun als letzte Instanz zu entscheiden haben, und zwar nicht bloß bezüglich der praktischen therapeutischen Anwendung solcher Mittel, sondern er wird auch aus seinen evtl. erreichten therapeutischen Erfolgen oder Mißerfolgen Schlüsse ziehen dürfen, ob seine bisherigen Vorstellungen über das Wesen eines von ihm behandelten krankhaften Vorganges, etwa des epileptischen Krampfanfalles, in solchen pharmakodynamischen Erfahrungen eine Bestätigung finden oder nicht.

---

[1]) Nach einem Referat auf der Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Düsseldorf am 23./24. Sept. 1926.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik Rostock-Gehlsheim.



Aus diesem Tatsachenmaterial, welches ich hier im Auge habe, aus diesen klinischen und experimentellen Versuchsreihen, welche man vielleicht mit der Bezeichnung einer pharmakologischen Neurologie und Psychopathologie zusammenfassen kann, ergeben sich zunächst nun 2 Fragestellungen, die unserer klinischen Betrachtungsweise am nächsten liegen.

1. Die Frage nach den Angriffspunkten der verwendeten differenten Substanzen; ob die pyramidalen oder die extrapyramidalen, die sympathischen oder parasympathischen Systeme in ihren zentralen oder peripheren Anteilen als Angriffspunkte in Betracht kommen; Projektionssysteme oder Assoziationssysteme; ob mehr die Hirnrinde oder die Stammganglien, das Zwischenhirn und etwa das Nachhirn vorwiegend angegriffen werden und in welcher Reihenfolge. Also die Frage nach der Lokalisation dieser Vorgänge.

2. Die Frage, ob die experimentell erzeugbaren nervösen und psychischen Syndrome Ähnlichkeit mit den spontan auftretenden Syndromen bei den komplexen psychischen Krankheitsbildern haben und ob sich auf diese Weise vielleicht eine Bereitschaft zu krankhaften Syndromen nachweisen läßt.

Viele sind geneigt, es als erwiesen zu betrachten, daß gewisse Symptomenkomplexe oder Symptomenkuppelungen präformiert in uns liegen, zunächst latent bleiben und nur darauf warten, daß sie von irgendeiner Seite oder in irgendeiner Weise angestoßen werden, um sich nun klinisch bemerkbar zu machen, so daß also die exogenen Sichtpsychosen, aber vielleicht auch die endogenen, bezüglich ihrer Symptomatologie sozusagen bis zu einem gewissen Grade a priori schon festgelegt sind. Der umstrittene eidetische Symptomenkomplex, die Fähigkeit zur willkürlichen Erzeugung optischer Anschauungsbilder ohne Vorhandensein eines gegenwärtigen Sinnenreizes wäre vielleicht solch ein nervöser präformierter Mechanismus, welcher als ätiologisches Zwischenglied in Frage kommt und die Form einer Sichtpsychose dadurch bestimmt, daß in ihm die Tendenz zu krankhaften Erlebnissen, also in diesem Falle zu Halluzinationen und Pseudohalluzinationen oder sog. uneigentlichen Halluzinationen (*Schroeder*, *Bumke*) enthalten ist.

Bevor ich nun einige Ergebnisse aus dem Gebiete der pharmakologischen Neurologie und Psychologie mitteile, muß ich mit einigen Worten auf die Ergebnisse eines Referates eingehen, welches vor 4 Jahren hier vor demselben Forum von Herrn *H. Fischer* erstattet wurde. Es handelte sich damals, wenn der Ausdruck gestattet ist,

um inkretorische Neurologie und Psychopathologie. Es kam auch darauf an, zu zeigen, ob sich konstante Beziehungen zwischen gewissen different wirkenden Substanzen, also den verschiedenen Inkreten und den klinischen Syndromen nachweisen lassen. Und es ergab sich nun: ein bis zu einem gewissen Grade gesetzmäßiges Zusammenvorkommen von Störungen im Bereiche der Funktionen von Schilddrüse, Thymus, Nebennieren, Epithelkörperchen und Hypophyse und — von allerhand Entwicklungshemmungen, Wachstumsstörungen, Konstitutionsanomalien und sog. Kümmerformen auf körperlichem und seelischem Gebiet. Es war aber nicht möglich, innersekretorische Vorgänge zu den komplexen psychischen Krankheitsbildern, zu den akut sich abspielenden endogenen Sichtpsychosen in Beziehung zu setzen, sondern höchstens zu einzelnen Äußerungsformen der betreffenden Krankheit. Die Inkrete können Beziehung zur Krampftätigkeit gewinnen, zu einem vorgebildeten Mechanismus innerhalb motorischer Funktionen, welcher sich in den elementaren oder tetanischen oder hysterischen Krampfformen zu erkennen gibt. Der Behauptung, daß die Krampffähigkeit eines Organismus mit der Reduktion der Nebennierensubstanz abnehme, mußte widersprochen werden, zumal da hohe Adrenalingaben keine epileptischen Krämpfe zu erzeugen brauchen. Die innere Sekretion scheint Beziehungen zu haben zu Affektäußerungen, aber nicht zu dem komplexen Affektleben, etwa zum manisch-depressiven Irresein; aber vielleicht zur Affektspannung und Affektfärbung: die erstere brachte *Fischer* mit den Nebennieren, Epithelkörperchen und dem Pankreas in Beziehung, die Affektfärbung mehr mit den Keimdrüsen und der Schilddrüse. Es wurde darauf hingewiesen, daß die exogenen Reaktionstypen gewisse Ähnlichkeiten mit den psychischen Störungen haben, wie sie innersekretorische Störungen zu begleiten pflegen.

Es mußte aber zugegeben werden, daß die Verhältnisse innerhalb der inkretorischen Systeme oder ihre sog. Korrelationen offenbar so kompliziert liegen, daß wir leider sehr bald an eine Grenze kommen, von der ab wir uns nur noch plausible Vorstellungen über alle diese Zusammenhänge und Wechselbeziehungen machen können. Mit dem exakten Nachweis von Einzeltatsachen hatte es sehr bald seine Schwierigkeiten und es klärt die Sachlage nicht, wenn man von neurohormonalen oder hormoneuronalen Korrelationen spricht.

So konnte in der Diskussion zu diesem Referat *E. Meyer*-Königsberg mit Recht fordern: man müsse zunächst mehr die endokrin bedingten Einzelsymptome herausarbeiten; erst dann könne man

den etwaigen Zusammenhang mit den komplexen psychischen Krankheitsbildern beurteilen.

Obwohl mit Rücksicht auf die psychischen Schwankungen in der Pubertät und den Beginn der schizophrenen Psychosen in der Pubertät gewisse Beziehungen zwischen innerer Sekretion und Schizophrenie gegeben erscheinen, wurde in dem damaligen Referat die Auffassung, daß die Schizophrenie auf einer Dysfunktion der Keimdrüsen oder auf anderen Störungen der inneren Sekretion beruhe, mit Recht abgelehnt und die neuesten anatomischen Untersuchungen von *Münzer* stützen diese Auffassung. Das endokrine System wird zwar vielfach bei Schizophrenien nicht als normal befunden; auch sind vielleicht gewisse Einzelsymptome endokrin bedingt, als krankheitsauslösendes Moment kommt das endokrine System bei der Schizophrenie aber nicht in Frage. Auch die Erfolglosigkeit der Organotherapie, sei es in der Form von Verabfolgung von Organextrakten oder der Kastration oder im Sinne der Transplantation, bestätigt die Berechtigung der Ablehnung der endokrinen Genese. Und so gab das Referat denjenigen recht, welche die Auffassung haben, daß bei den komplexen endogenen Psychosen der Gehirnprozeß das Primäre und das Wesentliche und durchaus Selbständige ist und daß vieles von dem, was man sonst noch außerhalb des Zentralnervensystems an den Körperorganen, auch an denen mit innerer Sekretion beobachten kann, doch nur sekundäre Vorgänge sind, Mitläufer wie *Georgi* diese Vorgänge bezüglich der Epilepsie genannt hat, aus denen man allerdings gewisse Schlüsse auf das physiopathologische Geschehen im Gehirn selbst ziehen kann.

Und schließlich muß ich noch mit einem Wort auf eine dritte Tatsachenreihe zu sprechen kommen, um sie später in Beziehung zu setzen zu dem, was über Inkrete und Pharmaka in ihren Beziehungen zu den nervösen Systemen und zu den nervösen Syndromen zu sagen ist.

Bei den nach Infektionskrankheiten auftretenden symptomatischen Psychosen und mehr neurologischen Krankheitsbildern etwa vom Typus der Chorea oder akuten Ataxie nehmen wir Toxine als krankmachende Ursachen an, die am Nervensystem in verschiedenem Tempo entweder sofort oder nach einer gewissen Latenzzeit angreifen und nervöse und psychische Syndrome erzeugen. Diese Vorstellung hat man, wie Ihnen bekannt, auch auf die Metalues übertragen. *Strümpell* hat bereits einmal die Metalues mit den postdiphtherischen Lähmungen in Beziehung setzen wollen und die *Hauptmann*sche Theorie von der Entstehung der progressiven Paralyse nimmt an,

daß nur gewisse Kerngruppen der paralytischen Syndrome auf die Anwesenheit der Spirochäten und der durch sie bedingten anatomischen Veränderungen zurückzuführen sind und daß eine andere Gruppe von sog. Randsymptomen dadurch zustande kommen, daß — vielleicht schon im Sekundärstadium und bei günstig werdenden Permeabilitätsverhältnissen an der Liquor-Blutschranke, toxisch wirkende Substanzen aus dem Serum übertreten und gewisse Systemdegenerationen zustande bringen, also etwa Hinterstrangsdegenerationen oder Seitenstrangsdegenerationen, Optikusatrophie, reflektorische Pupillenstarre usw. Hier sollen es also Giftstoffe sein, die in der Art eines parenteralen Eiweißabbaues zustande kommen und nun in einer bestimmten Auswahl nervöse Systeme schädigen. Vielleicht sind es sogar normale Serumbestandteile oder Stoffwechselprodukte, welche für gewöhnlich nur nicht die Blut-Liquorschranke passieren können. Solche degenerativen Vorgänge an den nervösen Systemen sind bekanntlich bei zahlreichen Erkrankungen beschrieben worden wie Tuberkulose, Typhus, Morbus Addison, bei Lebererkrankungen und nach Injektion von Dysenterietoxinen. Sie werden im allgemeinen als toxisch bedingt aufgefaßt.

Choroschko will beobachtet haben, daß nach der Einverleibung von mechanisch zertrümmertem Nervengewebe in 10%iger Emulsion Symptome auftreten, wie sie bei der Poliomyelitis, bei den periodischen Extremitätenlähmungen und bei der *Landry*schen Paralyse vorkommen. Bei seinen Versuchstieren soll ferner eine auffallende Kachexie infolge der In ektion dieser Nervengewebe-Emulsion, deren wirksame Substanz der Autor als Neurotoxin bezeichnet, aufgetreten sein. Diese Versuche bedürfen aber wohl noch der Nachprüfung und Bestätigung.

In der Genese von nervösen und psychischen Störungen rechnen wir also — wenn nicht primäre Prozesse am Nervenparenchym selbst oder am Gefäßsystem in Frage kommen — mit 3 Gruppen von Noxen: den Inkreten, den Toxinen und den Pharmaka, welche Zutritt zu dem Gehirn erlangen, an den verschiedenen nervösen Systemen ihre Wirkungen entfalten können und sich in ihren Wirkungen auch kombinieren können — entweder sich gegenseitig hemmen, etwa in der Weise, wie es sich *Wuth* für das Morphium und das Schilddrüseninkret vorstellt, um sich die gegensätzliche Symptomatologie der Morphiumgewöhnung und der Morphiumentziehung verständlich zu machen — oder sich gegenseitig verstärken, wie man es für die sog. narkotischen Dauervergiftungen, z. B. mit Alkohol, angenommen hat und sich vor-

stellt, daß infolge des Alkoholmißbrauches ein zweites autotoxisches Gift erzeugt oder aktiviert wird, welches noch fortwirken kann, auch wenn der Alkohol selbst längst abgesetzt wurde. *Bonhoeffer* und *Schröder* haben sich neuerdings noch gegen das Vorkommen chronischer, ausschließlich durch Alkoholintoxikation entstandener Psychosen vom progressiven Charakter ausgesprochen. 1)

Ich darf nun dazu übergehen, eine Reihe von Pharmaka, namentlich auch neuere, welche aktuelles Interesse für den Kliniker haben, rasch Revue passieren zu lassen unter Berücksichtigung der beiden anfangs erwähnten Fragestellungen nach der Lokalisation der Angriffspunkte dieser Gifte und nach den Beziehungen resp. den Ähnlichkeiten der durch sie experimentell erzeugten Syndrome mit den Symptomen der komplexen endogenen Psychosen. Ich beginne mit den uns wohl am meisten interessierenden Narkotika und Hypnotika der Alkoholgruppe und den Inhalationsanästhetika. Wir bemühen uns ja, gewisse psychotische Syndrome, z. B. die Krampfbereitschaft resp. den Krampfanfall, den Angstmechanismus oder das komplexe Erlebnis der Ratlosigkeit und die verschiedenen Formen der Hyperkinesen oder der motorischen Erregung durch Hypnotika evtl. durch Dauernarkose zu bekämpfen oder zu heilen.

Wir können uns vorstellen, daß die eine Zeitlang erzwungene Ruhigstellung und Ausschaltung motorischer Systeme oder der Umstand, daß wir den Kranken durch Dauernarkose daran verhindern, seine Psychose sozusagen selbst mitzuerleben, dem Fortbestehen der krankhaften psychischen Vorgänge entgegenwirken. Wenn die Vermutung *Goldsteins* zutrifft, daß in dem Initialstadium der Schizophrenie schwere motorische Störungen zu einer Art Blockierung des Bewußtseins führen und bei der Ausbildung der autistischen Einstellung des Kranken eine ursächliche Rolle spielen können, so könnte man auch darin eine Indikation zur Anwendung der Dauernarkose sehen. Es könnte aber auch sein, daß die Narkose nicht nur eine Minderung der Reaktionsfähigkeit der nervösen Systeme erzwingt, also die animalen Funktionen hemmt oder die Umsetzung in Erregung verhindert, sondern daß auch die vegetativen Funktionen, d. h. die Stoffwechselvorgänge der nervösen Elemente selbst eine Abänderung erfahren. Diese beiden Formen der Narkose werden am Muskel unterschieden (*E. Frey*).

Es ist seit langem bekannt, daß die verschiedenen Abschnitte und Systeme des Zentralnervensystems nicht in gleicher Weise von

den Narkotika angegriffen und abgebaut werden. Der Parallelismus zwischen der Morphiumwirkung auf die verschiedenen Abschnitte des Nervensystems des Frosches und dem Effekt einer sukzessiven Abtragung der einzelnen Hirnpartien ist bereits von *Witkowski* betont worden, und *Schleich* stellte den Satz auf, daß die toxischen Wirkungen der Narkotika im umgekehrten Verhältnis zu dem entwicklungsgeschichtlichen Alter der einzelnen Hirnteile stehen; die ältesten Bezirke, Herz- und Atemzentrum, werden bei den Narkotika der Alkoholreihe zuletzt betroffen, zuerst die jüngsten Territorien des Bewußtseins. Es gibt bekanntlich bei dem Abbau der psychischen und nervösen Funktionen in der Narkose beim Menschen allerhand mehr individuell bedingte Symptome, namentlich im Initialstadium, allerhand Überraschungen bezüglich der psychischen Reaktion und bezüglich der vegetativen Zentren. *Storm van Leeuwen* meint, daß die Reihenfolge, in welcher die Zentren in der Alkohol- und Äthernarkose angegriffen werden, nicht immer die gleiche sei; aber im ganzen vollzieht sich der Abbau der nervösen Systeme doch einigermaßen gesetzmäßig. Wenn man sich die Mühe macht, bei der Vornahme der Narkose zu chirurgischen Zwecken oder in der Dauernarkose bei Geisteskranken alle prüfbaren Reflexe in kontinuierlicher Beobachtung zu untersuchen und ihren Abbau zu verfolgen, so ergeben sich doch gewisse Gesetzmäßigkeiten. Sie gestatten mir einen kurzen Hinweis auf einige eigene Beobachtungen älteren und neueren Datums, an denen sich dieses zeigen läßt und welche eine gewisse praktische Bedeutung für die differential-diagnostische Beurteilung von Bewußtseinsstörungen überhaupt haben. Zu solchen Untersuchungen über den Abbau der nervösen Systeme unter dem Einfluß von Narkotika eignen sich besonders die vom Vestibularapparat reflektorisch auslösbaren Augenbewegungen, der Nystagmus. Der kalorische Nystagmus, ebenso wie der primäre und sekundäre Drehnystagmus lassen in ihrem Ablauf 2 Phasen unterscheiden, die langsame Phase und die rasche Phase, welche in konstanten Beziehungen zu dem jeweils gereizten Vestibularapparat stehen. In der Narkose schwindet konstant die rasche Phase des kalorischen Nystagmus zuerst, während die langsame Phase in Form einer langsamen Deviationsbewegung der Bulbi zur Seite bestehen bleibt bis zu dem Moment, in welchem die Bewußtseinsstörung eine lebensbedrohende Tiefe annimmt. Von dieser Regel gibt es keine Ausnahme. Das Erlöschen auch der langsamen Phase des Nystagmus fällt in der Narkose zusammen mit der vom Operateur gefürchteten Pupillenerweiterung. Neuere Untersuchungen

über den galvanischen Nystagmus haben mir diese Gesetzmäßigkeit wieder bestätigt.

In den epileptischen Bewußtseinstrübungen können Sie das gleiche beobachten. In der epileptischen Umdämmerung bleibt die rasche Phase des kalorischen Nystagmus zunächst bestehen; sie schwindet bei zunehmender Bewußtseinsstörung. Die langsame Phase bleibt bestehen, solange der Anfall nicht lebensbedrohende Grade erreicht. Die langsame Phase des Nystagmus, d. h. also die langsamen Deviationsbewegungen der Augen zur Seite, ist sozusagen das ultimum moriens am Nervensystem. Bei diesen reflektorisch auftretenden Seitwärtsdrehungen der Bulbi handelt es sich offenbar um einen entwicklungsgeschichtlich sehr alten Automatismus, der also nach der *Schleich*schen Auffassung am längsten den narkotisch wirkenden Giften widersteht.

So ergibt sich also, daß sowohl in der Narkose durch Hypnotika der Alkoholgruppe wie beim epileptischen Anfall das Prinzip des Abbaus der nervösen Systeme annähernd das gleiche zu sein scheint, d. h. daß in beiden Fällen die krankhaften Vorgänge vom Cortex zum Hirnstamm und zu der Gegend des 4. Ventrikels hin sich bewegen; denn die vollständige vestibuläre Areflexie, d. h. das Erlöschen der raschen und der langsamen Phase des Nystagmus ist ein Symptom der Läsion des 4. Ventrikels resp. der Ausschaltung der Funktionen der Zentren in der Wand des 4. Ventrikels. So haben diese Feststellungen auch praktischen Wert für die Differentialdiagnose zwischen psychogen-funktionell und organisch bedingten Bewußtseinsstörungen.

Inwieweit es nun bisher gelungen ist, komplexe psychische Syndrome der endogenen Psychosen durch Narkotika und durch Dauernarkose günstig zu beeinflussen, gehört wohl auch noch zum Thema meines Referates. Es würde aber doch wohl zu weit führen, hier auf Einzelheiten einzugehen. Es liegen eine Anzahl von neueren Mitteilungen darüber vor von *Kläsi*, *Furrer*, *Wiethold*, *Moser* und *M. Müller*. Wir haben uns nicht des Somnifens bedient, wohl hauptsächlich mit Rücksicht auf die Erfahrungen von *M. Müller*-Bern sondern haben nur Skopolamin, Skopo-Morphin, Luminal und Paraldehyd angewendet.

Auf Grund meiner eigenen Erfahrungen möchte ich mein Urteil dahin zusammenfassen, daß die Dauernarkose auf motorische Erregungszustände bei Schizophrenen und Oligophrenen, aber auch bei reiner Manie entschieden günstig wirkt, und zwar nicht bloß im Sinne

einer Dämpfung der motorischen Erregung, sondern auch im Sinne einer Abkürzung der Dauer der Krankheitsphase; bei 3 Manischen ließ sich diese Schlußfolgerung durch Vergleich mit der Dauer der früheren manischen Phasen ziehen. Der Angstmechanismus ließ sich durch Dauernarkose nicht in nennenswertem Grade dämpfen oder gar regressieren; auch nicht Stuporzustände; wenigstens nicht mit den von uns bisher angewandten Mitteln. 2)

Bezüglich der Wirkung des Morphins und seiner Derivate hat sich die Diskussion in den letzten Jahren besonders um die Frage gedreht, ob in der Symptomatologie des Morphinismus in seinen drei Stadien der Gewöhnung, der Entziehung und der Rekonvaleszenz auch Störungen der inneren Sekretion eine ursächliche Rolle spielen können, — etwa in der Weise, daß im Stadium der Gewöhnung eine Hemmung der Schilddrüsenfunktion, im Stadium der Entziehung wieder eine Zunahme ihrer Funktionen zustande kommt. *Wuth* hat derartige Überlegungen angestellt, und zwar unter Berücksichtigung gewisser Syndrome von seiten der vegetativen Systeme. Das Stadium der Gewöhnung scheint durch einen gesteigerten Sympathikustonus, Hemmung der Drüsenfunktionen und herabgesetzten allgemeinen Biotonus charakterisiert; diese Störungen sprechen für eine Hemmung der Inkretbildung in der Schilddrüse, deren Funktionen sich aber im Stadium der Entziehung und Rekonvaleszenz allmählich wieder herstellen und zu einem gesteigerten Parasympathikustonus führen, einer Zunahme des allgemeinen Biotonus. Man hat von einem Kampf zwischen Sympathikus und Parasympathikus im Stadium der Entziehung gesprochen.

Wuth verwertet den Umstand, daß die Morphinisten in der Entziehung das Skopolamin schlecht zu vertragen scheinen dahin, daß Skopolamin mit seinen atropinähnlichen Nebenwirkungen den die Besserung bewirkenden gesteigerten parasympathischen Tonus nicht günstig beeinflussen wird. Andere meinen, daß das Morphium primär an den vegetativen Zentren des Zwischenhirns angreift, welche den Stoffwechsel regulieren und von dort erst sekundär die endokrinen Systeme beeinflußt. In der Hirnnarkose durch Morphium werden nach Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit die psychischen und nervösen Funktionen ebenfalls in einer gewissen Reihenfolge abgebaut, wie das vorhin schon erwähnt wurde. Gewisse Zentren werden aber tatsächlich vom Morphium bevorzugt und zuerst befallen, bevor die Narkose eine sehr tiefe ist; vor allem das Atemzentrum, worin ja die Gefahr der Morphiumnarkose liegt. Es könnten also in einem

speziellen Falle auch die vegetativen Zentren im Zwischenhirn eine besondere Affinität oder abnorme Ansprechbarkeit für Morphium besitzen, namentlich wenn etwa eine präformierte Disposition zur Vasolabilität oder sog. vegetativen Anfällen vorliegt.

Die psychischen Begleitsymptome des Morphinismus im Stadium der Gewöhnung und Entziehung, welche manische und depressive Komponenten erkennen lassen, haben Veranlassung gegeben, den Angriffspunkt des Morphins und den Mechanismus, welcher dem manisch-depressiven Irresein zugrunde liegen kann, in den gleichen Hirnzentren zu suchen, d. h. also vielleicht in den vegetativen Zentren des Mittelhirns. Solche Vorstellungen sind aber noch nicht beweisbar oder wahrscheinlich zu machen. 3)

Über die Wirkungsweise und die Angriffspunkte des altbewährten Skopolamins mit seinen bekannten Indikationen zur Anwendung bei Parkinsonismus und hyperkinetischen Zuständen bei Geisteskranken ist folgendes zu sagen: Die Affinität des Alkaloids zu den extrapyretischen Systemen erscheint sehr wahrscheinlich, da es gewisse Reizerscheinungen der striär Erkrankten zum Schwinden bringt.

Daß das Alkaloid aber vielleicht auch an den Pyramidenbahnsystemen angreift, ist nicht von der Hand zu weisen, da bei einer gewissen Dosierung, die individuell variiert, die Dorsalflexion der großen Zehe auftritt und man in Fällen, bei welchen einseitige oder doppelseitige leichte Pyramidenbahnschädigungen vorliegen, aber noch keine Pyramidenbahnreflexe bestehen, durch kleine sonst noch unwirksame Skopolamindosen die Dorsalflexion der großen Zehe einseitig oder doppelseitig provozieren kann. Für manche Fälle hat dieser Skopolaminversuch praktischen diagnostischen Wert. Die Bewußtseinszentren werden durch Skopolamin erst später angegriffen; in dem Übergangsstadium zur Bewußtseinsstörung treten gelegentlich leichte delirante Symptome auf, die aber nichts Charakteristisches haben, so daß man sich bei der Diagnose der Skopalaminintoxikation an die bekannten neurologischen Symptome halten muß.

Interessant sind die Beobachtungen von *Schaltenbrand* an Parkinsonismuskranken, die unter Skopolamin bezüglich ihrer Intelligenzleistungen erhebliche Besserungen zeigten. *Schaltenbrand* deutet die Skopolaminwirkung so, daß durch das Alkaloid das Zusammenspiel der subkortikalen Systeme mit den kortikalen erleichtert wird.

Eine Gewöhnung an Skopolamin tritt nicht ein. Gewiß nimmt die Toleranz gegen das Mittel mit der Zeit zu; aber die günstige Wirkung auch von kleinen Skopolamindosen schwindet nie völlig. Ab-

stinenzerscheinungen, ähnlich denen bei Morphinismus, treten nicht auf. Man kann jeder Zeit das Mittel absetzen, bei Gesunden wie bei Kranken. Bei Parkinsonismus werden natürlich bei Absetzen des Mittels die peinlichen subjektiven Beschwerden sofort sehr stark wieder zunehmen, so daß die Kranken dringend das Mittel wieder verlangen. Hier handelt es sich aber doch nicht um eigentliche Abstinenzerscheinungen.

Schaltenbrand gibt auch zu, daß es keine Skopolaminkachexie gibt. Normale Personen klagen nach Skopolamin nur über Affektstumpfheit, Gleichgültigkeit und Vergeßlichkeit und sind froh, wenn sie das Mittel wieder los sind. Die Skopolamindosen, die von manchen Geisteskranken vertragen werden ohne nennenswerte Intoxikationserscheinungen, sind gelegentlich so enorm hoch, daß mit einer individuell bedingten Unempfindlichkeit zu rechnen ist, die vielleicht nur während der Krankheit besteht oder durch die Krankheit erzeugt wurde. Genauere Untersuchungen liegen darüber nicht vor.

Der Antagonist des Skopolamins, das Physostigmin, interessiert uns hier insofern, als es erstens einen striär bedingten Tremor einseitig oder doppelseitig evident verstärkt; in zwei Erkrankungsfällen, in denen die Differentialdiagnose zwischen einer erst beginnenden striären Erkrankung leichtesten Grades und einer hysterisch bedingten Störung schwierig war, konnten wir mit Hilfe des Physostigminversuches die Entscheidung erleichtern, da nach Physostigmin ein halbseitiger starker Ruhetremor zu erzeugen war. Und zweitens bringt das Physostigmin das Babinskische Phänomen zum Schwinden, eine Beobachtung, die eine weitere praktische Bedeutung ja nicht hat, die aber den Schluß gestattet, daß beide Gifte wohl an denselben nervösen Systemen angreifen und gegensätzlich wirken. Der Skopolaminversuch und Physostigminversuch haben somit einen praktischen diagnostischen Wert (Rosenfeld, Zucker). 4)

Das Bulbokapnin (Corydalis cava, Lerchensporn, Hohlwurzel) ist ein Alkaloid, welches chemisch dem Apomorphin nahestehen soll, ruft bei Warmblütern ein eigenartiges Vergiftungsbild hervor, und zwar eine Aufhebung der willkürlichen wie der reflektorischen Bewegungen — bei erhaltenem Tonus und Statik der Muskulatur und ungestörter Perzeption sensibler Reize. Es handelt sich also um einen Zustand von typischer kataleptischer Akinese. Solche Beobachtungen stammen von *Fröhlich* und *Mayer*, ferner von *de Jong* und *Schaltenbrand*. Sie empfehlen das Bulbokapnin wegen seiner hypokinetischen Wirkung bei allen Zuständen von Hyperkinese

und den Tremorformen der verschiedensten Herkunft, bei striärem, zerebellärem und essentiellem Tremor. Diese gleichmäßige Wirkung auf die verschiedenen Tremorformen könnte dafür sprechen, daß das Gift an verschiedenen Systemen des Nervensystems angreift, oder man kann mit *Sherrington* annehmen, daß alle Tremorformen eine gemeinsame Endstrecke haben, an der das Bulbokapnin seine Wirkung entfaltet. Bei den Motilitätspsychosen ist es, soviel ich sehe, noch nicht versucht worden. Das Bulbokapnin steht in Konkurrenz mit dem Skopolamin, welches nach *Schaltenbrand* stärker und länger wirkt; jedoch soll bei längerer Behandlung das Bulbocapnin zu bevorzugen sein. Eine pathologisch gesteigerte Reflexerregbarkeit des Rückenmarks wird durch das Mittel ebenfalls herabgesetzt. Die Symptome der Bulbokapninvergiftung werden als Rindensymptome aufgefaßt. Denn die Tierversuche haben ergeben, daß das Vorhandensein der Hirnrinde die Voraussetzung für das Auftreten der krankhaften Bewegungsstörungen (der Katalepsie) ist. Striäre und Thalamus-Katzen zeigen keine Katalepsie nach Bulbokapnin.

Ähnliche Beobachtungen hat man bezüglich der Haschischwirkungen machen können. Ich verweise auf die Mitteilungen von *Fränkel* und *Joel*. Die Ähnlichkeit mit katatonen Krankheitsbildern scheint tatsächlich groß zu sein. *Joel* beschreibt eigentümliche groteske spontane Stellungsanomalien, Asymmetrien der Körperhaltung und der Haltung der beiden Körperhälften, Verharren in Stellungen, Bewegungsarmut, Sperrungen im Ablauf der Bewegungen, Verkriechen und scheues Benehmen. Diese katatonen Bewegungsstörungen ließen sich durch Ablenken der Tiere zeitweise beseitigen. Bei großhirnlosen Tieren sollen nach *Joel* alle diese katatonen Syndrome fehlen. Man wird also vielleicht auch hier schließen dürfen, daß der Extrakt des indischen Hanfs am Hirnmantel angreift und die Ursachen der Katalepsie und der anderen katatonen Syndrome kortikal zu suchen sind. Zum mindesten beweisen solche Versuche wieder die hirnphysiologische Bedingtheit motorisch-katatoner Syndrome. *Joel* und *Fränkel* haben vor kurzem neue Beobachtungen über den Haschischrausch bei normalen Versuchspersonen mitgeteilt und kommen zu dem Ergebnis, daß der Rausch die komplexe Persönlichkeit abbaue und allerhand krankhafte Syndrome erzeuge vom deliranten, motorischen und paranoischen Typus; es sei ein Rückfall der betreffenden Person ins Infantile zu erkennen. Eine Beobachtung, die vielleicht in Beziehung zu setzen ist mit dem Puerilismus der hysterischen Bewußtseinstrübung. Der Haschischrausch ändert unser Gegenstandsbewußt-

sein in der Weise ab, daß die Umwelt ihren Realitätscharakter verliert. 5)

Bresler hat wohl zuerst bei Geisteskranken (Epileptischen und Halluzinanten) Versuche mit Meskalin gemacht, nachdem schon *Heffter* in Eigenversuchen farbenprächtige Visionen, nach Art von Teppichmustern, Mosaiken und farbigen Landschaften, beobachtet hatte und konstatiert hatte, daß die erscheinenden Gegenstände durch Willensanstrengungen nicht zu beeinflussen waren, daß sie aber unter Einwirkung von Musik sich im Takt zu bewegen anfingen. Die Bewußtseinsfunktionen und die Kritik wiesen in diesem Stadium des Meskalinrausches noch keine Störungen auf. *Bresler* vermutete eine Erregung umschriebener nervöser Systeme in der optischen Hirnrinde.

Neuere Untersuchungen von *Knauer*, *W. Jaensch*, *Guttmann*, *Beringer*, *Serko*, *Mayer-Gross* und *Stein* haben sich namentlich mit der Abänderung der Sinnestätigkeit im Meskalinrausch beschäftigt und haben Veränderungen der Schwellenwerte, abnorm intensive Nachbilder, starke Kontrasterscheinungen, Veränderungen der Wahrnehmung von Bewegungen und Störungen der Tiefenlokalisation feststellen können. Diese zuletzt genannten Störungen gleichen denjenigen, welche bei einseitigen und doppelseitigen Läsionen des Okzipitalhirns von *Pötzl*, *Redlich*, *Goldstein* und *Gelb* und anderen beschrieben sind. Eine weitere Ähnlichkeit zwischen den Meskalinvergifteten und Gehirnkranken besteht darin, daß die gestörten Sinnesfunktionen periodische Intensitätsschwankungen zeigten ähnlich denen, die wir z. B. bei Arteriosklerose als intermittierende Bewußtseinsstörungen sehen (*Grasset*, *Déjérine*, *Oppenheim*, *Rosenfeld*, *Stertz*).

Die Bewegungsphänomene im Meskalinrausch hat man auch auf das Mitergriffensein der vestibulären Systeme bezogen. Untersuchungen darüber fehlen. Am interessantesten sind die Beziehungen, welche der peskalinrausch zu den komplexen Psychosen, insbesondere zur Schizo-Mhrenie zu haben scheint, worauf *Beringer* und *Mayer-Groß* hinweisen. Die für uns nicht einfühlbaren ekstatischen halluzinatorischen oder Wahn-Erlebnisse der Schizophrenen werden in Parallele gestellt mit der Meskalinhalluzinose und den sog. Depersonalisationserlebnissen nach Meskalin. Man vermutet, daß in beiden Zuständen vielleicht die krankhaft verstärkten Helligkeitsgrade von Sinneseindrücken und die durch abnorme Simultankontraste modifizierten Sinneseindrücke zu einer Abänderung unseres Körperlichkeits- und Persönlichkeitsgefühls führen, d. h. zur Depersonalisation. Man hat von einer medikamentösen Spaltung der Persönlichkeit gesprochen.

Auch der Vorgang der Verschmelzungstendenz von Sinneseindrücken im Meskalinrausch, der zu sog. Synästhesien, Sekundärempfindungen, Mitempfindungen führt, könnte ein Syndrom darstellen, welches bei komplexen Psychosen verschiedenster Art in ähnlicher Weise sich abspielt. Den Vergleich des Meskalinrausches mit traumhaften Erlebnissen oder anderen halluzinatorischen Zuständen bei getrübtem Bewußtsein lehnen *Mayer-Groß* und *Stein* ab oder sprechen diesem Vergleich nur eine sehr bedingte Geltung zu.

Ich habe mich bemüht, eigene Erfahrungen bezüglich der Meskalinwirkung bei Schizophrenien zu sammeln; die uns zur Verfügung gestellten Präparate erwiesen sich aber als nicht genügend wirksam. Und so möchte ich mir auch kein Urteil erlauben, ob die Parallele zwischen Meskalinrausch und Schizophrenie ohne Bedenken gezogen werden kann. Ich habe den Eindruck, daß das psychotische Erlebnis im Meskalinrausch in seiner Gesamtheit mehr zu dem Verhalten mancher Manisch-Depressiver zu passen scheint, wenn es bei ihnen zu Zuständen von Depersonalisation mit Ratlosigkeit kommt. 6)

Die Rolle, welche das Kokain in der pharmakologischen Psychopathologie im Laufe der Jahrzehnte gespielt hat, ist eine äußerst verschiedenartige gewesen. Man setzte bekanntlich auf das Kokain bezüglich seiner zentralen Wirkungen die größten Hoffnungen. Wegen seiner euphorisierenden Wirkung wurde es sofort bei Geisteskrankheiten angewendet; namentlich sollte es bei Depressionszuständen günstig wirken. Dann kamen sehr bald gegenteilige Beobachtungen und man gab diese Behandlungsmethode der Psychosen wieder auf. Die Empfehlung des Kokains zur Bekämpfung des Morphinismus war ein Mißgriff, der sehr bald erkannt wurde.

Da das Kokain auf Rindengebieten erregend zu wirken schien, benutzte man es eine Zeitlang zur Provokation von Anfällen, speziell von epileptischen und glaubte, den Kokainversuch zur Differentialdiagnose zwischen epileptischen und hysterischen Zuständen oder Veranlagungen benutzen zu können. Diese Anwendung zu diagnostischen Zwecken gab man aber auch wieder sehr bald auf, da man die Erfahrung machte, daß gelegentlich auch bei Gesunden bei einer besonders starken Kokainempfindlichkeit epilepsieähnliche Symptome auftreten können. Die Kokainempfindlichkeit variiert sehr stark. *Fränkel* erwähnt z. B., daß in einem Falle nach 0,03 Kokain bei subkutaner Anwendung schwere motorische Erregung mit Wahnbildung, in einem anderen Falle kaum meßbare psychische Veränderungen auftreten.

Und drittens versuchte man auf Anregung *Bergers* Stuporzustände der verschiedensten Provenienz günstig zu beeinflussen und zur Lösung zu bringen. Die manischen Komponenten, welche die Euphorie des Kokainrausches begleiten, legten es nahe, zu versuchen, den Ablauf des psychischen Geschehens wenigstens quantitativ zu ändern. Das Kokain sollte wie ein Katalysator wirken, der die Vorstellungsbildung und die assoziativen Verknüpfungen befördert. Auch hier gab es die widerspruchvollsten Resultate, welche man durch individuelle Faktoren, die in der Persönlichkeit der Kranken liegen sollen, zu erklären suchte. Nur in einem geringen Prozentsatz der Fälle läßt sich der Stupor für eine kurze Spanne Zeit unterbrechen. Die pathoplastische Entäußerung der Psychose kann tatsächlich geändert werden, so daß ein flüchtiger Einblick in die Psyche der Kranken vielleicht möglich ist.

Eine Einwirkung des Kokains auf die Affektsphäre ist bei den komplexen Psychosen also nicht zu beobachten, weder im Sinne eines Umschlages der Stimmung von der Depression in eine Euphorie, noch im Sinne einer Verstärkung einer bereits krankhaft gehobenen Stimmung; dieses ist sehr beachtenswert, weil doch gerade bei den von Hause aus psychopathischen Kokainisten die Affektivität so stark vom Kokain beeinflußt wird, sei es im Sinne einer freudig erregten Stimmungslage oder in der Tendenz zum Sentimentalen oder zur explosiven Entladung depressiver Affekte, und Kokain sehr wohl imstande ist, die betreffende Ausgangsstimmung zu verstärken.

Beachtung verdient die verschiedenartige Wirkung des Kokain auf die Sexualität der Männer und der Frauen. Bei Männern pflegt zunächst eine Steigerung der Libido einzutreten, dann Impotenz, bei Frauen heftige erotische Erregungen körperlicher und seelischer Art (*H. W. Mayer*). Man will dieses Verhalten mit der starken Affinität des Kokain zu den vegetativen Systemen erklären. Da es elektiv auf den Sympathicus wirkt und dieser in der Hauptsache die weiblichen Sexualorgane versorgt (*Gaskell*), so soll sich daraus die intensive Wirkung des Kokains bei Frauen ableiten.

Die Angriffspunkte des Kokain liegen nicht allein in der Hirnrinde, sondern vielleicht auch im Hirnstamm. Dafür sprechen verschiedene Beobachtungen; einmal das Auftreten der vegetativen Störungen, das Auftreten von Tremor bei Striärerkrankten mit hypertonischer Akinese (*Runge*) und das gelegentliche Vorkommen von choreiformen Hyperkineseen bei Kokainvergiftung, über welche *Rittershaus* berichtet hat. *Offermann* sah günstige Wirkung bei Enze-

phalitikern, bei denen die Bewegungsarmut und die Starre nachließen und die Spontanität zunahm. Trotzdem wird man natürlich von einer Kokainbehandlung der Enzephalitiker dringend abraten.

Bezüglich des Psikain scheint man überall die Erfahrungen gemacht zu haben, daß seine Wirkungen auf die Psyche minimal sind oder ganz fehlen und keine Gefahr einer Gewöhnung besteht. 7)

Das Adrenalin führt uns in die schwierigen Fragestellungen der Pharmakologie des Gefäßsystems und des vegetativen Systems bzw. seiner beiden Untergruppen, des sympathischen und parasympathischen Systems. Die Vorgänge, welche an diesen Systemen zu beobachten sind, haben mancherlei Beziehungen zu den uns interessierenden krankhaften Vorgängen. Man hat sich heute wohl darauf geeinigt, daß funktionelle Gefäßstörungen ohne anatomisch nachweisbare Veränderungen der Gefäßwand — man hat von pressorischen Gefäßkrisen und temporären Kontraktionsstürmen der Arteriolen gesprochen — bei verschiedenen Gehirnkrankheiten eine wichtige Rolle spielen und flüchtige, aber schließlich auch bei genügender Dauer nicht mehr reversible Parenchymschädigungen bedingen können. Man hat solche Vorgänge bei der Epilepsie, der Eklampsie und auch bei der Paralyse als wirksam angenommen. Ich verweise auf diesbezügliche Äußerungen von *Spielmeyer*, *Müller* und *Hübner* und neuerdings von *Neubürger*. *Anton* hält solche Vorgänge am Gefäßsystem für das Zustandekommen der Reichardtschen Hirnschwellung für wesentlich.

Auf den Antagonismus zwischen den Giften, welche am parasympathischen System angreifen und denjenigen, die am Sympathikus wirken — also Adrenalin contra Atrophin, Physostigmin, Cholin — kann hier nicht näher eingegangen werden. Sie wissen aber, daß vor einer Reihe von Jahren *Pötzl*, *Eppinger* und *Hess* die Ansprechbarkeit dieser beiden Systeme auf verschiedene Gifte bei einer großen Zahl von Psychosen geprüft haben; man schuf den Begriff der vagotonischen und sympathikotonischen Disposition und suchte diese Disposition in Beziehung zu setzen mit den komplexen Krankheitsbildern, speziell der Schizophrenie, bei welcher vagotonische Zustände zu überwiegen schienen. Bei den Depressionen im Rückbildungsalter soll die Erregbarkeit des Sympathikus dominieren. Eine Adrenalin-Unempfindlichkeit wurde von *M. Meyer* bei verschiedenen Psychosen gefunden, konnte also nicht als charakteristisch für die Schizophrenie bezeichnet werden.

Man zweiftelt aber neuerdings sehr an der Möglichkeit einer

scharfen Trennung der beiden genannten Dispositionen. Bei dem russischen Internisten *Plettnew* heißt es: Es sei nicht statthaft, die Menschen in Vagotoniker und Sympathikotoniker einzuteilen; denn es gäbe in diesen Systemen die allerverschiedensten Dissossiationen und die Methode zu einer funktionellen Diagnostik wäre unzuverlässig. Ebenso skeptisch hat sich *Ganter* geäußert. Gleichviel wie diese Dinge nun auch liegen mögen, für uns Kliniker stellen die krankhaften Veränderungen an den vegetativen Systemen in ihrer Gesamtheit einen Mechanismus dar, der eine gewisse klinische Selbständigkeit hat und auf den mannigfaltige Syndrome bezogen werden können; und der vielleicht einen der vorgebildeten nervösen und eventuell krankhaften disponierten Mechanismen darstellt, von denen eingangs schon gesprochen wurde. *Kraus* und seine Schule vertreten mit allem Nachdruck die Auffassung, daß dem vegetativen System in der Entstehung der verschiedensten Krankheitszustände eine viel größere Bedeutung zukommt, als man bisher gemeint hat. In der Psychiatrie hat man schon seit langem Vorgänge an den vegetativen Systemen bezw. dem Gefäßsystem für krankhafte seelische Vorgänge verantwortlich machen wollen. Schon *Meynert* glaubte, — allerdings in einer etwas primitiven Weise — die manischen und depressiven Krankheitsphasen auf verschiedene Funktionsstörungen in dem Vasomotorium zurückführen zu können. Als die innersekretorische Epoche kam, vermutete man hinter allen solchen vegetativen Syndromen stets Inkrete als letzte Ursache und zwar auch dann, wenn man eigentlich gar keine Anhaltspunkte dafür beibringen konnte, daß die Drüsen mit innerer Sekretion in ihren Funktionen gestört waren. *Cassirer* hat darauf hingewiesen, daß es gewisse Formen von Neurasthenie gibt, bei denen die Neurose der vegetativen Systeme das Wesen des Leidens darstelle und daß solche Störungen scheinbar ganz spontan ohne irgendwelche nachweisbaren oder wahrscheinlich zu machenden innersekretorischen Störungen auftreten können. *Cassirer* meint offenbar dieselben Krankheitsfälle auf neurologischem Gebiet, welche mir schon früher Veranlassung gegeben haben, zu versuchen, das Krankheitsbild einer allgemeinen vegetativen Neurose und Psychose abzugrenzen und zu meinen, daß gewisse Dissossiations- oder Rückbildungsvorgänge innerhalb der vegetativen Systeme bei manchen Individuen den primären Krankheitsvorgang darstellen, der sich dann im klinischen Bilde nicht nur in körperlichen und nervösen Syndromen, sondern auch in mannigfachen psychischen Begleitsymptomen äußert (*M. Rosenfeld*). *Oswald* will sogar für den Basedow eine primäre Erkrankung des vegetativen

Systems annehmen die erst sekundär die Schilddrüse bezüglich ihrer Inkretbildung mobilisiert.

Der Bedeutung des Adrenalins für das Auftreten epileptischer Krämpfe im Rahmen der genuinen Epilepsie steht man heute wieder sehr skeptisch gegenüber, da die Exstirpation der Nebennieren bei der Epilepsie keine sicheren Erfolge gezeitigt hat und der Nachweis einer Adrenalinvermehrung im Blut des Epileptikers nicht gelungen ist. Auch die klinischen Erfahrungen bei den schweren Adrenalinvergiftungen mit letalem Ausgang sprechen nicht gerade für diese krampfauslösende Wirkung beim Menschen und bei der menschlichen Epilepsie. Es erscheint so plausibel, daß das Adrenalin diese Wirkung haben kann, da wir dem Gefäßmechanismus in der Entstehung des epileptischen Anfalls eine große Bedeutung zusprechen und da das Adrenalin nach den neuesten Versuchen von *Jacobi* und *Magnus* — direkt in die Karotis gebracht — zu einer Volumenverminderung des Gehirns durch Gefäßkontraktionen führt. Auch die modernen Anschauungen von den sog. allergischen Zuständen könnten solche Annahme stützen, da das Adrenalin ja ein normaler Bestandteil des Blutes ist. In den Lehrbüchern der allergischen Erkrankungen bemüht man sich, für eine allergische Form der Epilepsie einzutreten, bei welcher sogar nur Nahrungsmittelproteine als krampfauslösende Noxen angesprochen werden. Man wird aber doch nicht so weit gehen dürfen wie einige französiche Autoren, welche nach der Durchprüfung von zahlreichen Nahrungsmitteln auf ihre krampfauslösende Fähigkeit dazu kommen, eine Milchschokoladen-Epilepsie aufzustellen. Man wird hier wohl diagnostische Irrtümer vermuten müssen. 8)

Auch des Gynergens (des weinsauren Ergotamin) muß hier kurz gedacht werden, weil man große Hoffnungen auf dieses Alkaloid setzt. Es ist vor einigen Jahren von *Stoll* in Basel isoliert und von *Spiro*, *Rothlin* und *Guggensberg* pharmakologisch untersucht. Für die Neuropathologie hat es deswegen Bedeutung, weil es ein ausgesprochenes Sympathikusgift ist; man hat das Gynergen das Atropin des sympathischen Nervensystems genannt. Mittels Gynergen und Atropin kann man den Kreislauf praktisch nervenfrei machen und die Gefäße sind für physiologische Sympathikusreize unerreichbar (*Ganter*). Das Ergotamin wäre also indiziert bei allen Reizzuständen im vegetativen System, also beim Basedow und der vegetativen Neurose. Bei diesen Formen haben wir günstige Resultate gehabt. Bei einer Anzahl von genuinen Epileptikern wirkte es zunächst entschieden krampfsteigernd, eine Beobachtung, die wieder lehrt, daß in der Genese des epileptischen

Anfalls Einflüsse auf die Gefäß-Nervenbahnen bzw. funktionellen Gefäßkrämpfe eine grundsätzliche Rolle spielen. 9)

Das Tetrophan, ein Abkömmling des Atophan (Tetrahydroatophan) hat seit einigen Jahren seinen Einzug in die neurologische Therapie gehalten. Es ließen sich bei Tieren zentrale, aber auch peripher bedingte Erregungen beobachten. Solange die mit Tetrophan vergifteten Tiere sich ruhig verhalten, sind keine spontanen Erscheinungen zu beobachten. Erst beim Erheben und Anstoßen des Tieres treten ruckartige Streckkrämpfe und Tetanus aller vier Extremitäten auf, auch Opistotonus, Nystagmus und blitzartige Irradiationen auf alle vier Extremitäten.

Es kommt also wohl auf eine Erhöhung der Erregbarkeit der Systeme heraus, welche zentripetale Erregungen leiten, und zwar vorwiegend der spinalen motoren Zentren und supraspinalen motorischen Leitungsbahnen.

Beachtung verdient die Feststellung von *Hesse*, daß nach Abtragung beider Großhirnhemisphären und des Zwischenhirns nach Tetrophan noch Streckkrämpfe auftreten, während nach Entfernung des Mittelhirns die Irradiation der Krämpfe fortbleibt. Man wird also wohl sagen können, daß bei Tieren (Kaninchen) die Irradiation der Krämpfe sich im vorderen Teil des Mittelhirns, der dorsal von den Corpora quadrigemina anteriora begrenzt wird, abspielt.

Die therapeutische Verwendung beschränkt sich zurzeit auf diejenigen neurologischen Erkrankungen, die mit Lähmung, Areflexie, Ataxie und Sensibilitätsstörungen einhergehen. In einem Falle von schwerster akuter Ataxie im Bereich der gesamten Körpermuskulatur auch der Sprachbahnen mit symptomatischer Psychose nach Grippe sahen wir nach Tetrophan einen ganz evidenten Erfolg.

Bei der Behandlung psychischer Störungen werden wir nicht viel vom Tetrophon zu erwarten haben. Stuporzustände wurden jedenfalls nicht beeinflußt; bei einzelnen Epileptikern traten gehäufte Anfälle auf. 10)

Das Cholin hat in letzter Zeit viel von sich reden gemacht. Es ist ein normaler Bestandteil vieler Gewebe, in komplexer Bindung im Lezithin und gilt als ein Mittel, welches ähnlich wie Pilokarpin und Muskarin den Tonus des parasympathischen Systems steigert. Man hat das Cholin in Beziehung gesetzt zum Migräneanfall und allen Störungen, welche in ihrem Mechanismus der Migräne nahestehen könnten, also auch zur Epilepsie. *Klee* und *Großmann* haben bei Kranken, die zu Migräneanfällen neigten, Anfälle durch intravenöse

Injektionen von Cholin auslösen können. *Jakobi* und *Magnus* beobachteten in ihren bereits erwähnten Versuchen eine starke Wirkung des Cholin auf den Kontraktionszustand der Gehirngefäße. Cholin ist übrigens auch für die Entziehungskuren bei Morphinisten mit Erfolg angewendet worden, da es in der Entziehungsperiode den Tonus des parasympathischen Systems zu steigern scheint. *Wuth* sieht auch hierin eine Bestätigung seiner Auffassung von der Mitwirkung inkretorischer Momente beim Zustandekommen der Krankheitssymptome in der Gewöhnungs- und Entziehungsphase der Morphinisten. Das Gynormon, welches neuerdings sowohl beim Morphinismus wie beim Depressionszustand empfohlen wird, wirkt vielleicht auch nur durch seinen Cholingehalt und nicht durch den in ihm außerdem noch enthaltenen Ovarienextrakt. In einzelnen Fällen von Depressionszuständen kann man tatsächlich bei intramuskulärer oder intralumbaler Anwendung mit Zysternenstich überraschende Erfolge sehen, d. h. ein Schwinden der Depression in wenigen Tagen. In anderen Fällen versagte das Mittel wieder vollständig. 11)

Wenn ich nun aus den hier zusammengefaßten, aber nur teilweise erwähnten Tatsachen ein vorläufiges Fazit für unsere klinischen Zwecke zu ziehen versuche, so ergibt sich etwa folgendes:

Die Vorstellung, daß es auch in der Pathogenese der komplexen endogenen Psychosen nicht allein auf das Gehirn ankommt, sondern daß das Zentralnervensystem — als Teil eines Ganzen — auch von den Körperorganen ausgehende Schädigungen zu erwarten hat, war gewiß berechtigt. Man hat aber vielleicht doch bezüglich der endogenen Psychosen auf diesem Gebiete zu viel erwartet. Denn für die Inkrete war es bisher nicht möglich, einen Zusammenhang mit komplexen Psychosen zu beweisen, wenn auch unsere Erfahrungen bezüglich der psychischen Störungen beim *Basedow* es sicher erscheinen lassen, daß in manchen Fällen ein spezifisch wirkendes Inkret die letzte und eigentliche Ursache einer Psychose darstellen kann. Nur gewisse Einzelsymptome und namentlich Störungen der Körpertrophik scheinen endokrin bedingt zu sein; vielfach aber werden die sog. endokrinen Stigmata und die psychischen Störungen doch nur koordinierte Symptome im Rahmen einer allgemeinen Konstitutionsanomalie sein. Auch das Versagen der Organtherapie bei Psychosen spricht dafür.

Bezüglich der Pharmaka ergab sich, daß sie in größerem Ausmaße als die Inkrete imstande sind, zahlreiche neurologische und

psychotische Syndrome zu erzeugen und daß sich auch eher etwas über ihre Angriffspunkte an den nervösen Systemen aussagen läßt.

Man hat gesagt: Die Reaktionen auf Pharmaka sind Reaktionen des Gesamtorganismus, nicht solche bestimmter nervöser Systeme. Gewiß ist es richtig, daß die Wirkung vieler Pharmaka über das Zentralnervensystem hinausgeht; für die Narkotika der Alkoholreihe erscheint es erwiesen; aber es haben sich auch Beispiele dafür beibringen lassen, daß gewisse Systeme, z. B. die motorischen oder die vegetativen von bestimmten Giften bevorzugt werden oder jedenfalls zuerst angegriffen werden und daß der Abbau der nervösen Systeme sich in einer gewissen Reihenfolge zu vollziehen pflegt — Vorgänge, die sich in ähnlicher Weise auch bei endogenen Gehirnprozessen abzuspielen scheinen.

Trotzdem erzeugen die Pharmaka allein aber auch noch keine komplexen Psychosen vom Charakter der endogenen, sondern nur einzelne Symptome, die allerdings schon eine weitgehende Ähnlichkeit mit der Symptomatologie mancher komplexer Psychosen haben können, die aber doch meist immer noch etwas für das betreffende Gift durchaus Spezifisches haben, wenn dies Spezifische vielleicht oft auch mehr im Ablauf der psychischen oder nervösen Störungen zu suchen ist.

So wird die Lehre von den bereit liegenden Symptomen und Symptomen-Kuppelungen, die in den verschiedenen Individuen latent vorhanden sind, bis sie durch eine Noxe in Bewegung gesetzt werden, durch die geschilderten Erfahrungen mit den Inkreten und den Pharmaka bezüglich der endogenen komplexen Psychosen nur teilweise gestützt. Bei ihnen wird es doch mehr auf den Gehirnprozeß und seine Lokalisation ankommen.

Mit den Inkreten und den Pharmaka treten die sog. Toxine als Ursache von Geistesstörungen in Konkurrenz. Bei den symptomatischen Psychosen nach Infektionskrankheiten und bei anderen postinfektiösen Zustandsbildern mehr neurologischen Charakters nehmen wir parenchymschädigende Toxine als Ursache zahlreicher psychischer und nervöser Syndrome an. Die Latenzzeit, welche nach dem fieberhaften Infekt verstreichen kann, bis solche Toxine in Funktion treten, kann, ganz im Gegensatz zu den Pharmaka, sehr verschieden lang sein, und es ist sehr schwierig, eine zeitliche Grenze festzusetzen, von der die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges psychischer oder nervöser Syndrome mit einem Infekt nicht mehr statthaft ist. Wenn wir eine einfache Chorea minor mit Endokarditis vor uns haben, so pflegen wir sie stets eine „infectiosa“ zu nennen, selbst wenn es

nicht gelingt, in der Anamnese einen fieberhaften Infekt sicher nachzuweisen. Bei der Paralyse sollen solche proponierten Toxine schon im sekundären Stadium der Lues — neben den Spirochäten — eine selbständige schädigende Wirkung entfalten, die sich jahrelang hinziehen kann. Wenn man solche Vorstellungen gelten läßt, so könnte man sie auch auf die endogenen Psychosen ausdehnen, z. B. auf manche Fälle von Schizophrenie. An einer einheitlichen Ätiologie aller der Fälle, die unter einer schizophrenen Sichtpsychose verlaufen, hält man nicht mehr fest. Ja, man ist sogar neuerdings wieder dazu geneigt, mehr exogene Ursachen zu vermuten; namentlich für die akut verlaufenden Fälle, deren grob organische Natur sich in einzelnen Fällen auch durch neurologische Syndrome beweisen läßt. *Pohlisch* hat in seiner Arbeit über den hyperkinetischen Symptomenkomplex und seine nosologische Stellung gezeigt, daß in einer erheblichen Zahl von Hyperkinesen außerzerebral entstandene toxische Prozesse sich nachweisen lassen.

So werden die Toxine vielleicht eine größere Bedeutung für das Zustandekommen mancher, zur Zeit noch als endogen bezeichneter komplexer Psychosen haben als die Inkrete und die Pharmaka, und ich möchte es für wahrscheinlich halten, daß die Gruppe der symptomatischen Psychosen noch eine Erweiterung erfahren wird, und daß zu ihr vielleicht auch solche Fälle gerechnet werden können, welche in ihrer Symptomatologie nicht zu den exogenen Reaktionstypen zu passen scheinen.

Aber die Beziehungen dieser sog. Toxine zu den nervösen und psychischen Syndromen können auch noch anderer Art sein.

Wir sehen unter dem Einfluß von Infektionskrankheiten krankhafte psychische Syndrome sich bessern oder gar schwinden. Eine sehr alte psychiatrische Erfahrung. Reizkörpertherapie und Fiebertherapie sind vielleicht bis zu einem gewissen Grade identisch. Am Anfang aller derartigen Versuche steht das alte Haarseil und am Ende die Malaria- und Rekurrenstherapie oder die Tuberkulin-Quecksilberbehandlung der Wiener Schule oder das Saprovitan, über welches kürzlich *G. Dreyfuß* berichtet hat. Dazwischen befinden sich die anderen zahlreichen different wirkenden Substanzen von sehr verschiedener Beschaffenheit, die Nukleinsäure, die Vakzine, die Deuteroalbumosen, Novoprotine, Pyrifer, sterilisierte Milch und andere artfremde Eiweißstoffe. *Weichbrodt* hat über gute Erfolge bei Geistesstörungen mit Injektionen von 20%igen Natrium-Salyzilatlösungen und von Hexophan-Natrium berichtet.

Allen diesen Versuchen liegt wohl die Vorstellung zugrunde, bei der wir uns zwar noch nicht viel denken können, die aber doch im allgemeinen akzeptiert ist, die Vorstellung von der sog. „Umstimmung“ des Organismus und insbesondere des Zentralnervensystems. Es ist das ein Kapitel, dem viele von uns sehr skeptisch gegenüberstehen, und mit Recht, da die Resultate so unberechenbar und wechselvoll sind und die Versuchsbedingungen sich gar nicht übersehen lassen. Aber man wird über gewisse Beobachtungen auf diesem Gebiet doch nicht hinweggehen dürfen. Von den Erfolgen der Malariatherapie soll hier nicht gesprochen werden. Gelegentlich einer kleinen, harmlos verlaufenden Typhusepidemie in Gelhsheim von 25 Fällen sahen wir unter dem Einfluß der Infektion Depressionszustände in rasche Besserung und Heilung übergehen und namentlich einen schweren Fall von postinfektiöser Chorea mit schwerster symptomatischer Psychose in kurzer Zeit heilen. Die Beeinflussung war so evident, daß wir uns damals überlegten, ob wir nicht diesen in allen Fällen als harmlos sich erweisenden Typhusstamm zu weiteren therapeutischen Versuchen verwenden sollten. *Schlayer* und *Wolff* haben erst kürzlich über die therapeutische Verwendung lebender Bakterien (nach einem von *Böhme* in den Sächsischen Serumwerken angegebenen Verfahren) berichtet und in einem Eigenversuch gezeigt, daß die intravenöse Injektion von lebenden Typhusbazillen bei einer asthenischen Konstitution überraschend günstig auf Körpergewicht, Stimmung und Leistungsfähigkeit wirken kann. Solche Beobachtungen sind nicht prinzipiell neu. In einem Falle meiner Beobachtung schwand eine während neun Monate ganz stationär verlaufende schwere Schizophrenie katatonen Gepräges restlos, als eine Bronchopneumonie einsetzte. In einem weiteren Falle ließ sich beobachten, daß bei einer 30 jährigen Frau eine schwere, akut entstandene schizophrene Geistesstörung restlos verschwand und zunächst (während 2 Monaten) nicht wiedergekehrte, als eine schwere Lungentuberkulose mit hohem Fieber und der Tendenz zu rascher Progressivität sich einstellte. Solche Fälle sind nicht gerade häufig; aber jeder, der sie selbst erlebt hat, ist geneigt, das Problem von der „Umstimmung“ zum mindesten für diskutabel zu halten. Diese Umstimmung pflegt sich aber meist nur auf die höchsten komplexen psychischen Funktionen zu beziehen, auf die Affektivität, auf den allgemeinen Ablauf des psychischen Geschehens, und ferner auf die allgemeine Körpertrophik; gelegentlich auch auf motorische Symptome. Ich möchte in diesem Zusammenhang noch die Mitteilungen von *Pette* über die endo-

lumbale Behandlung mit Eigenserum erwähnen, welche er vornehmlich bei postenzephalitischem Parkinsonismus angewendet hat. Wir haben in Gehlsheim an einem leider recht großen Material von Parkinsonismus und auch bei einigen Psychosen diese Behandlungsmethode, von der wir durch mündliche Mitteilung Kenntnis genommen hatten, seit einem Jahre angewendet und haben Eigenserum sowohl endolumbal wie durch Zysternenstich in 20 Fällen an das Zentralnervensystem herangebracht. Man sieht bei frischen Fällen mit nicht allzu schweren striären Syndromen tatsächlich frappante Wirkungen. Es ist natürlich nicht möglich, sich eine Vorstellung davon zu machen, was bei der Anwendung des Eigenserums wirkt. Spezifische Wirkungen werden es nicht sein. Vielleicht handelt es sich auch nur um eine unspezifische Reizkörperwirkung, da meist Fieber auftritt, vielleicht um eine Änderung der Blut- und Lymphzirkulation oder um eine Art Schockwirkung auf die in ihrer Funktion geschädigten nervösen Systeme, wodurch eine „Umstimmung" erzeugt wird.

Obwohl die Unklarheiten bezüglich dieser Vorgänge denkbar große sind und die Resultate noch dazu denkbar inkonstant, so werden unsere Bemühungen in dieser Richtung doch zunächst weiter zu gehen haben, ohne daß wir uns vorwerfen müssen, ein „Pharmacologia phantastica" zu betreiben.

Jedenfalls können wir sagen, daß gewisse grundlegende Vorstellungen aus der modernen Kolloidchemie dem Kliniker das Recht geben, auf dem beschrittenen Wege zunächst fortzufahren. 12)

Literaturverzeichnis[1])

1)

Jaensch, E. R., Sitzungsber. d. Ges. z. Förderung d. ges. Naturwiss. zu Marburg, 5. Nov. 1920.

Jaensch, E. R., Zur Grundlegung der Jugendpsychologie, Zeitschr. f. Psych. 1920, 59.

Fischer, S., Kritische Musterung der neuen Theorien über den Unterschied von Empfindung und Vorstellung. Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. Bd. 64, 1921.

Kiesow, F., Zur Kritik der Eidethik. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 53, H. 4, 1925.

---

[1]) Die Literatur ist in 12 Abschnitte gegliedert. Die Zahlen 1)—12) beziehen sich auf diese Abschnitte und sind im Text am Ende jeder der Textabschnitte angebracht.



Fischer, *S.* u. *Hirschberg*, *H.*, Die Verbreitung der eidetischen Anlage im Jugendalter und ihre Beziehungen zu körperlichen Merkmalen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 88, H. 1/3, 1924.

Fischer, *H.*, Über Psychiatrie und innere Sekretion. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 79, S. 285.

Münzer, Zur Pathologie und Pathogenese der Schizophrenie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 103, S. 73, 1926.

Pötzl u. *Wagner*, *G. A.*, Zur Frage der Beeinflußbarkeit der Schizophrenie durch Keimdrüsentransplantation. Med. Klinik 1925.

Bostroem, *A.*, Über Leberfunktionsstörung bei symptomatischen Psychosen, insbesondere bei Alkoholdelirien. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 68.

Kirschbaum, *W.*, Über den Einfluß schwerer Leberschädigungen auf das Zentralnervensystem. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 77, 87 und 88.

Lotmar, *F.*, Zur Wirkung des Dysenterietoxins auf das Zentralnervensystem. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 8, 1912.

Hauptmann, *A.*, Der Weg über den Liquor. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 102, S. 325, 1926.

Choroschko, *W. K.*, Die Reaktion des Tierorganismus auf Einverleibung des Nervengewebes. Moskau, 1912.

Mayer, *W.*, Über Psychosen bei Störung der inneren Sekretion. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 22, H. 4/5.

Georgi, *F.*, Zur Genese des epileptischen Anfalls (ionogene Kolloidstabilitätsstörung-Theorie der Faktorenkuppelung). Klin. Wochenschr. 4. Jg., Nr. 43.

Choroschko, *W. K.*, Versuch einer biochemisch-therapeutischen Beeinflussung der Epilepsie. Russkaja klinika, Bd. 3, Nr. 11, S. 307—314.

Jaensch, *E. R.*, Die typologische Methode in der Psychologie und ihre Bedeutung für die Nervenheilkunde. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 88, 1925.

2)

Winterstein, *H.*, Die Narkose. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Physiologie der Pflanzen und der Tiere. Bd. 2, 1926.

Frey, *E.*, Die beiden Arten der Muskelnarkose. Dtsch. med. Wochenschr. 1922, Nr. 26.

Rosenfeld, *M.*, Untersuchungen über den galvanischen Nystagmus bei Gehirnkranken und bei Störungen des Bewußtseins. Klin. Wochenschr. 1926.

Rosenfeld, *M.*, Der vestibuläre Nystagmus und seine Bedeutung für die psychiatrische u. neurologische Diagnostik. Julius Springer 1911.

Wiethold, *F.*, Weitere Erfahrungen mit der Dauernarkosebehandlung Geisteskranker. Münch. med. Wochenschr. 1925, Nr. 35.

Wiethold, *F.*, Die Anwendung der Dauernarkose bei Geisteskranken. Münch. med. Wochenschr. 1924, Nr. 42.

Müller, *M.*, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 96.

Furrer, Unsere Erfahrungen mit den Somnifendauernarkosen bei Psychosen. Schw. med. Wochenschr. 1924, Nr. 12/13.

Kläsi, Über die therapeutische Anwendung der Dauernarkose mittels

Somnifen bei Schizophrenen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 74.

Moser, Zur Schizophreniebehandlung mit Somnifendauernarkose. Dtsch. med. Wochenschr. 1923, S. 884.

Werner, Somnifen in der Psychiatrie und der internen Medizin. Dtsch. med. Wochenschr. 1923, S. 282.

Schleich, C. L., Schmerzlose Operationen. 4. Aufl., Berlin 1899.

Storm van Leeuwen, W., Quantitative pharmakologische Untersuchungen usw. I. Mitt. Wirkung von Chloroform, Strychnin und Coffein. Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 154, 307, 1913.

Storm van Leeuwen, W., IV. Mitt. Vergleich der Wirkung von Äther und Chloroform usw. Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 165, S. 594.

Witkowski, L., Über die Morphiumwirkung. Arch. f. exp. Pathol. u. Psychol. Bd. 8, 1877, S. 247.

Goldstein, K., Über gleichartige funktionelle Bedingtheit der Symptome bei organischen und psychischen Krankheiten. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1924, Bd. 57, H. 4.

3)

Wuth, O., Über Morphinismus. Münch. med. Wochenschr. 1923, Nr. 27, 1924, Nr. 27.

Jacob, W., Zur Statistik des Morphinismus in der Vor- und Nachkriegszeit. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten. Bd. 76, H. 2.

David, E., Über Morphinismus. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 89, H. 4/5.

Bonhoeffer, K. und *Ilberg, G.*: Über Verbreitung und Bekämpfung des Morphinismus und Kokainismus. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 83.

Berliner, M., Über Eukodalismus. Wiener klin. Wochenschr. 1926, Nr. 37, 1045.

4)

Schaltenbrand, G., Psychologische Untersuchungen an Kranken mit Parkinsonismus nach Encephalitis epidemica. Psychologische Arbeiten, herausgeg. *E. Kraeplin*, Bd. 8, H. 4.

Schaltenbrand, G., Gibt es eine Scopolaminsucht bei Parkinsonismuskranken? Med. Klin. Jg. 1924, Nr. 6.

Rosenfeld, M., Über die Wirkung des Scopolamins auf die motorischen Systeme des Zentralnervensystems. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 58, 1925.

Rosenfeld, M., Über Skopolaminwirkungen am Nervensystem. Münch. med. Wochenschr. 1921, Nr. 31, S. 971.

Walshe, F. M. R., The Babinski OR EXTENSOR FORM of Plantar Response in Toxic States., apart from organic disease of the pyramidal tract system. The Lancet, January 10th, 1925, p. 65.

Zucker, W., Über die Wirkung des Physostigmins und Skopolamins am Nervensystem. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 90, H. 4/6.

Lenk, Dtsch. med. Wochenschr. 1905, 1053.

5)

Schaltenbrand, G., Wirkung des Bulbocapnins auf Rückenmarks- und dezerebrierte Katzen. Pflügers Arch. f. d. ges. Phys. d. Menschen u. d. Tiere Bd. 209, H. 5/6.

Schaltenbrand, G., Die Wirkung des Bulbocapnins auf unverletzte Katzen. Pflügers Arch. f. d. ges. Phys. d. Menschen u. d. Tiere Bd. 209, H. 5/6.

Schaltenbrand, G., Die Wirkung des Bulbocapnins auf Katzen mit Cortexverletzungen. Pflügers Arch. f. d. ges. Phys. d. Menschen u. d. Tiere Bd. 209, H. 5/6.

Schaltenbrand, G., Über die Bewegungsstörungen bei akuter Bulbocapninvergiftung. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmak. Bd. 103, H. 1/2.

de Jong u. *Schaltenbrand, G.*, Weitere Versuche mit Bulbocapnin in der Nervenklinik. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 86.

de Jong u. *Schaltenbrand, G.*, Die Wirkung des Bulbocapnins auf Paralysis Agitans- und andere Tremorkranke. Klin. Wochenschr. Jahrg. 3, Nr. 45.

Frölich u. *Mayer*, Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 87, H. 3 u. 4.

Peters, Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. 51, 130, 1904.

Joel, E., Beiträge zur Pharmakologie der Körperstellung-Labyrinthreflexe. XIII. Mittlg. Pflügers Arch. f. d. ges. Phys. Bd. 209.

Fränkel, S., Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 49, 1903, S. 283.

Joel u. *Fränkel*, Klin. Wochenschr. 1926, Nr. 37.

6)

W. Mayer-Gross und *Stein, H.*, Festschrift f. *Kraepelin*. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.

Jaensch, W., Gesellschaft zur Förderung d. ges. Naturwissenschaft zu Marburg, Nov. 1920, Nr. 5.

Beringer, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 426.

Knauer, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 69, S. 125.

Serko, Im Meskalinrausch. Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurologie Bd. 34, 1913, S. 355.

Guttmann, Medikamentöse Spaltung der Persönlichkeit. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 56, S. 191.

Beringer und *W. Mayer-Gross*, Der Fall Hahnenfuß. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 69, S. 209.

Storch, Bewußtseinsebenen im Wirklichkeitsbereiche in der Schizophrenie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82, S. 34.

Heffter, A., Über Pellote. Beiträge zur chemisch-pharmakologischen Kenntnis der Kakteen. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. 1898, Bd. 40, H. 5/6'

7)

Berger, H., Zur Pathogenese des katatonischen Stupors. Münch. med. Wochenschr. Nr. 15, 1921.

Becker, Stuporlösung durch Kokain. Psych. neurol. Wochenschr. Nr. 35/36, 1921/22.

Mosler, Zur Frage der Beeinflußbarkeit katatoner Stuporen durch subkutane Kokaininjektionen. Arch. f. Psych. Bd. 66, 1922.

Bakody, von, Die Wirkung des Kokains auf das vegetative Nervensystem bei Schizophrenie (Manuskript).

Fleck, F., Über Kokainwirkung bei Stuporösen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, 84, 1924.

Bychowski, G., Zur Wirkung großer Kokaingaben auf Schizophrene. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 58, 329, 1925.
Bleuler, Dementia praecox. Leipzig und Wien 1911.
Joel u. *Fränkel*, Der Kokainismus. Berlin 1924.
Kraepelin, Über die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel. Jena 1892.
Maier, H. W., Allgemeines zur zentralen Kokainwirkung auf den Menschen. Schw. med. Wochenschr. Nr. 1, 1925.
Lange, Psychologische Untersuchungen über die Wirkungen von Kokain, Skopolamin und Morphin. Psychologische Arbeiten, VII. Bd. 354, 1921.
Sacristan, José M., Über Kokainwirkung bei stuporösen Katatonikern. Allg. Zeitschr. f. Psych. Festschrift *Kraepelin*, Bd. 84, 1926.
Joel, E. u. *Fränkel, F.*, Kokainismus und Homosexualität. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 38, S. 1562—1565, 1925.
Graf, O., Über die Wirkung von Psikain. Münch. med. Wochenschr. 71, Bd. 41, S. 1433, 1924.
Beringer u. *Wilmanns*, Vergleichende Untersuchungen über die Wirkung des Kokain und Psikian. Münch. med. Wochenschr. 71, 26, S. 852, 1924.
Gottlieb, R., Über die pharmakologische Bedeutung des Psikains als Lokalanästhetikum. Münch. med. Wochenschr. Nr. 26, S. 850, 1924.
Rittershaus, Allg. Zeitschr. f. Psych. u. ger. Med. Bd. 80, 416, 1924.
Runge, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 67.
Serejski: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 95 130, 1925.
Wuth: Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 96, 1925.
Walshe, R. M. R., Observations on the Nature of the Muscular Rigidity of Paralysis Agitans, and on its Relationship to Tremor. Brain, a Journal of Neurology, 1924, Vol. 67, part. 2.

8)

Kylin, E., Über die Bedeutung der Adrenalinreaktion für die Diagnostik nervöser Erkrankungen. Svenska läkartidningen Jg. 22, Nr. 45 und 46, 1925.
Anton, G., Über neue druckentlastende Operationen des Gehirns nebst Bemerkungen über Ventrikelerkrankungen. Ergeb. d. inn. Med. u. Kind. Bd. 19.
Pötzl, Eppinger und *Hess*. Jahrb. f. Psych. Bd. 31 p. 444, 1910, Bd. 32, 1911, p. 425. Wien. klin. Wochenschr. 1910, Nr. 51.
Jacobi, W. und *Magnus, G.*: Pharmakologische Beeinflussung des Hirnwassers. Arch. f. Psych. Bd. 74, H. 1.
Rosenfeld, M., Die vegetative Neurose in ihren Beziehungen zu psychischen Störungen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 60, 1925.
Meyer, M., Zur Frage der Adrenalinunempfindlichkeit bei Dementia praecox. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 19, H. 1, 1917.
Duzar, J., Die hormonale Behandlung der Chorea minor. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 31 H. 5, 1926.
Ganter, G., Über sogenannte vagotonische und sympathicotonische Symptome. Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 34, 1925.
Gerster, J.: Über Adrenalinvergiftung.

Loewy, Der vegetative Anfall. Monatsschr. f. Psych. 1922, 52, S. 192.
Redlich, E.: Über Narkolepsie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 95, H. 1/2.
Georgi, Zur Pathologie des epileptischen Anfalls. 15. Jahresversammlg. d. Ges. deutsch. Nervenärzte, 1925.
Meyer, M., Serologische Studien zur Pathologie des epileptischen Anfalls. 15. Jahresvers. d. Ges. deutscher Nervenärzte, 1925.
Meyer, O. B., Über die biologische Reaktion auf Epileptikerserum. 15. Jahresversammlg. d. Ges. deutsch. Nervenärzte, 1925.
Oswald, Ad., Über die Rolle des Nervensystems im Stoffwechsel. Deutsch. med. Wochenschr. 1925, S. 1599.

9)

Spiro, K. und *Stolle, A.*: Über die wirksamen Substanzen des Mutterkorns. Schweiz. med. Wochenschr. 1921, Nr. 23.
Rothlin, E., Über die pharmakologische und therapeutische Wirkung des Ergotamins auf den Sympathicus. Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 30, 1925, S. 1437.
Ganter, G., Über die Ausschaltung des vegetativen Nervensystems am Kreislauf. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 113, N. 3/4.
Spielmeyer, W., Zur Pathogenese örtlich elektiver Gehirnveränderungen. Ges. deutsch. Nervenärzte 1926.

10)

Pohl, J. und *Hesse, E.*, Zur Pharmakologie des Tetrophans. Klin. Wochenschr., Jg. 4, Nr. 8.
Hesse, E., Beiträge zur Pharmakologie des Tetrophans. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. III, H. 1/2.
Hesse, Demonstration der Tetrophanwirkung am Warmblüter. Verhandl. d. Deutsch. Pharmakol. Ges. 1925.
Foerster, Über die therapeutische Verwendbarkeit des Tetrophans. Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 2.
Severin, Klinische Erfahrungen mit Tetrahydroatophan. Berl. klin. Wochenschr. 1918, Nr. 35 S. 830.
Mann, L.: Therapeutische Versuche mit Tetrophan, besonders bei multipler Sklerose. Klin. Wochenschr. 1922, Nr. 52.
von Hagen, Erfahrungen mit Tetrophan bei organischen Nervenleiden. Therapie der Gegenwart, Dez. 1924.
Schoenborn, S., Über Tetrophanmyotomie. Fortschritte der Therapie. Juni 1925, Heft 12.
Ostmann, Klinische Studien über die Wirkung des Tetrophans. Deutsch. med. Wochenschr. 1925, Nr. 49.

11)

Wuth, l. c.
Klee und *Großmann*, Münch. med. Wochenschr. 1925, Nr. 7.
Jakobi, W., und *Magnus*, l. c.

12)

Schlayer, C. R. und *Wolf, H.*, Erfahrungen über die therapeutische Verwendung lebender Bakterien beim Menschen. Deutsch. med. Wochenschr. 1926, Nr. 33, S. 1378.
Dreyfus, G. L. und *Hanau*: Grundsätzliches über die Verwendung des

neuen Fiebermittels, Saprovitan in der Neurologie. Deutsch. med. Wochenschr. 1926, Nr. 33, S. 1381.

Plettner, D., Vergleichende klinische Beobachtungen auf dem Gebiet des vegetativen Systems. Zeitschr. f. klin. Med. 103, H. 2.

Pette, Über endolumbale Eigenserumtherapie bei Folgezuständen von epidemischer Enzephalitis. Münch. med. Wochenschr. 1926, Nr. 25, S. 1025.

Rosenfeld, M., Über die Beziehungen zwischen Geistesstörungen und Infektionskrankheiten. Münch. med. Wochenschr. 1923, Nr. 4.

Jacobi, W., Zur Frage der allgemeinen Proteinkörpertherapie und aktiven Immunisierung der progressiven Paralyse.

Böhme, W., Die Grundlagen einer unschädlichen therapeutischen Verwendbarkeit lebenden Protoplasmas. Deutsch. med. Wochenschr. 1926, Nr. 33.

Weichbrodt, Die endogenen Psychosen und ihre Therapie. Deutsch. med. Wochenschr. 1925. 5.

Pohlisch, K., Der hyperkinetische Symptomenkomplex und seine nosologische Stellung. Abhandl. aus. d. Neurologie u. Psych. Heft. 29, 1925.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Düsseldorf am 23. und 24. September 1926.

Vorsitzender: *Bonhoeffer*-Berlin.

Anwesend: *Abraham* - Schleswig, *Ackermann* - Großschweidnitz, *Adam*-Regensburg, *Adams*-Andernach, *Albrecht*-Ückermünde, *Altvater*-Herborn, *Aluf*-Kasan, *Amrhein*-Alzey, *Aschaffenburg*-Köln, *Barghoorn*-Emden, *Baucke*-Düsseldorf, *Baumann*-Essen, *Baum*-Königsberg, *Beck*-Berlin, *Beetz*-Stuttgart, *Behr*-Lüneburg, *Benning*-Rockwinkel, *Benthaus*-Paderborn, *Beringer*-Heidelberg, *Bernard*-Buch-Berlin, *Berze*-Wien, *Beyer*-Roderbirken, *Beyerhaus*-Bedburg-Hau, *L. Binswanger*-Kreuzlingen, *Blankkertz*-Winnental, *v. Blomberg*-Weimar, *Blum*-Köln, *Börnstein*-Bonn, *Bolte*-Bremen, *Bonhoeffer*-Berlin, *Bouman*-Utrecht, *Brackmann*-Zschadraß, *Bratz*-Berlin-Wittenau, *Braun*-Zürich, *Braune*-Altscherbitz, *Braunert*-Ückermünde, *Bräuner*-Lüneburg, *Brügelmann*-Köln, *Buchholz*-Heidelberg, *Buddeberg*-Bedburg-Hau, *Bumke*-München, *Busch*-Berlin, *Buschke*-Düsseldorf, *Camerer*-Winnental, *Casten*-Stettin, *Castro*-Barcelona, *Creutz*-Bedburg-Hau, *de Crines*-Graz, *Dabelstein*-Schleswig, *Daiber*-Zwiefalten, *Danneberger*-Goddelau, *Dannemann*-Heppenheim, *Dattner*-Wien, *Deetjew*-Königstein i. T., *Deiters*-Düsseldorf, *Deutsch*-Treptow, *Dietz*-Alzey, *Dinter*-Brieg, *Dost*-Hubertusburg, *Dreyfus*-Ludwigshafen, *Dubbers*-Allenberg, *v. Economo*-Wien, *Edzard*-Bremen, *v. Ehrenwall*-Ahrweiler, *Eichelberg*-Hedemünden, *Embden*-Hamburg, *Ennen*-Merzig, *Falkenberg*-Berlin, *Faltlhauser*-Erlangen, *Feldhahn*-Nietleben, *Ficht*-Klingenmünster, *Fischer*-Leipzig, *Fischer*-Sachsenberg, *Fleck*-Göttingen, *Fleischhauer*-Hanau, *Flügge*-Bedburg-Hau, *Focher*-Budapest, *Förster*-Breslau, *Frisch*-Wien, *Fuchs*-Wiesloch, *Funakana*-Tokio, *Fürnrohr*-Nürnberg, *Gerstenberg*-Wunstorf, *Gierlich*-Wiesbaden, *Glatzel*-Göppingen, *Göring*-Elberfeld, *Goldstein*-Magdeburg, *Gottschick*-Leipzig-Dösen, *Gruhle*-Heidelberg, *Grünthal*-Berlin, *Grünthal*-Würzburg, *Grütter*-Königslutter, *Gückel*-Neustadt, *Guilarowski*-Moskau, *Günther*-Andernach, *Haberkant*-Detmold, *Hampe*-Braunschweig, *Hänel*-Dresden, *Hänisch*-Kolberg, *Hänsel*-Chemnitz, *Hanse*-Kiel, *Hartwich*-Aplerbeck, *Haupt*-Breslau, *Havemann*-Rastenburg, *Havestadt*-Düsseldorf, *Heilmann*-Bunzlau, *Henkel*-Hadamar, *Hermann*-Johannistal, *Hermel*-Rinteln, *Hermkes* Eickelborn, *Herting*-Düsseldorf, *Heyse*-Berlin, *Herz*-Frankfurt, *Herzfeld*-Ruppichteroth, *Herzog*-Wiesloch, *Hinrichs*-Neustadt (Holst.), *Hinze*-Münster, *Hock*-Bayreuth, *Hoffmann*-Tübingen, *Holzer*-Aplerbeck, *Hom*-

burger-Heidelberg, *Hörmann*-Dresden, *Horstmann*-Stralsund, *Hülsemann*-Köln, *Hussel*-Ansbach, *Hussels*-Brandenburg, *van Husen*-Süchteln, *Jahrmärker*-Marburg, *Jakob*-Hamburg, *Jakoby*-Sayn, *Janssen*-Köln, *John*-Wels, *H. de Jong*-Amsterdam, *Ilberg*-Sonnenstein, *Iremont-Smitt*-Boston, *Kafka*-Hamburg, *Kalberlah*-Hohe Mark i. T., *Kalnin*-Riga, *Kattinger*-Gräfenberg (Schl.), *Kaufmann*-Berlin-Weißensee, *Kehrer*-Münster, *Kell*-Untergöltzsch, *Kirschbaum*-Hamburg, *Klauber*-Budapest, *Kleffner*-München, *Kleist*-Frankfurt, *Kloth*-Neubabelsberg, *Klüber*-Klingenmünster, *Knauer*-Würzburg, *Koch*-Schussenried, *Kolb*-Erlangen, *Konietzny*-Lüben (Schl.), *König*-Bonn, *Koskinas*-Athen, *Kost*-Waldbreitbach, *Köster*-Bonn, *Kramer*-Berlin, *Krebs*-Allenberg, *Krisch*-Greifswald, *Kruse*-Woltorf, *Kufs*-Leipzig, *Lähr*-Gremsmühlen, *Langelüddeke*-Hamburg, *Lakowski*-Saffig, *Laubender*-Hamburg, *Legewath*-Essen, *Leibowitz*-Danzig, *Leyser*-Gießen, *Liebers*-Hochweitzschen, *Lindner*-Leipzig, *Linke*-Leubus, *Linzbach*-Düren, *Loeb*-M.-Gladbach, *Lose*-Berlin, *Lotmar*-Bern, *Löwenstein*-Bonn, *Löwenstein*-Hannover, *Löwenthal*-Braunschweig, *Lüdemann*-Hamburg, *Lullies*-Kortau, *Mann*-Breslau, *Mappes*-Düsseldorf, *Marthen*-Landsberg, *Marckmann*-Kiel, *Marx*-Ahrweiler, *Maschmeyer*-Göttingen, *Maurer*-Niedermarsberg, *Mayer-Groß*-Heidelberg, *Mayr*-Eglfing, *Meggendorfer*-Hamburg, *Meltzer*-Großhennersdorf, *Mercklin*-Treptow, *Meyer*-Bonn, *Meyer*-Köppern, *Meyer*-Saarbrücken, *Meyr*-Illenau, *Michels*-Düsseldorf, *Mönch*-Wehnen, *Mörchen*-Wiesbaden, *Mootz*-Treptow, *Morgenthaler*-Bern, *Müller*-Essen, *Muermann*-Eickelborn, *Neisser*-Bunzlau, *Neu*-Düren, *Neustadt*-Düsseldorf, *Neustadt-Steinfeld*-Düsseldorf, *Nießl-von Mayendorf*-Leipzig, *Nitsche*-Dösen, *Nonne*-Hamburg, *Nothaass*-Pirna, *Offermann*-Grafenberg, *Oppenheim*-Frankfurt, *Orthmann*-Süchteln, *Mazhar Osman*-Konstantinopel, *Ossenkopp*-Frankfurt, *Oßwald*-Gießen, *Ostertag*-Berlin, *Ostmann*-Schleswig, *Otten*-Düsseldorf, *Paasche*-Warstein, *Pause*-Berlin, *Peter*-Kiel, *Petermann*-Münster, *Pette*-Hamburg, *Pfeifer*-Halle-Nietleben, *Pfeiffer*-Bernburg, *Philipp*-Eckardtsheim, *Pickworth*-Birmingham, *Pineas*-Berlin, *Pleßner*-Wiesbaden, *Pönitz*-Halle, *Pohlich*-Berlin, *Popitz*-Dresden, *Powels*-Kortau, *Prager*-Breslau, *v. Rad*-Nürnberg, *Rademaker*-Utrecht, *Raether*-Bonn, *Rahner*-Gaggenau, *Rangette*-Düsseldorf, *Rayn*-Rotterdam, *Recktenwald*-Andernach, *Rehm*-Bremen, *Reichardt*-Würzburg, *Reinelt*-Osnabrück, *Reingardt*-Halberstadt, *Repond*-Malévoz, *Reiß*-Dresden, *Ridder*-Barmen, *Rinne*-Langenhagen, *Rizor*-Hannover, *Rocksched*-Montreal, *v. Rohden*-Halle-Nietleben, *Römer*-Karlsruhe, *Rose*-Berlin, *Rosenfeld*-Rostock, *Rosenstein*-Breslau, *Rückert*-Cochem, *Runge*-Chemnitz, *Rust*-Altscherbitz, *Schäfer*-Hamburg-Eppendorf, *Schäfer*-Langenhorn, *Scharnke*-Marburg, *Schenk*-Dresden, *Scheven*-Frankfurt, *Schinke*-Tost (O. S.), *Schmeel*-Heppenheim, *Schmidt*-Dresden, *Schmidt-Kraepelin*-München, *Schmidt*-Lengerich, *Schmitz*-Sorau, *Schneider*-Goddelau *Schneider*-Köln, *Schönfeld*-Riga, *Schröder*-Leipzig, *Schröder*-Uruquai, *Schulte*-Marsberg, *Schulte*-Kiel, *Schultze*-Göttingen, *Schultze-Kahleyß*-Hamburg, *Schultze-Kahleyß*-Hofheim i. T., *Schuster*-Budapest, *Schütte*-Langenhagen, *Schwab*-Breslau, *Schwabe*-Plauen, *Scriba*-Gießen, *Siebert*-Galkhausen, *Simon*-Gütersloh, *Sioli*-Düsseldorf, *Snell*-Herborn, *Speer*-Lindau, *Spielmeyer*-München, *Stahr*-Königslutter, *Stamm*-Ilten, *Stanojevic*-Belgrad, *Stapel*-Wunstorf, *Stein*-Freiburg (Schl.), *Steinbrecher*-Düsseldorf, *Stemmler*-Arnsdorf, *Stender*-Hamburg, *Stenvers*-Utrecht, *Stern*-Göttingen, *Stern*-

Moskau, *Stier*-Berlin, *Stockert*-Halle, *Strecker*-Birmingham, *Struve*-Neustadt (Holst.), *Teglbjoerg*-Dänemark, *Then*-Nürnberg, *Thoma*-Illenau, *Thumm*-Konstanz, *Toedter*-Bedburg-Hau, *Tramer*-Rosegg, *Tschernyscheff*-Moskau, *Travers*-Wiesbaden, *Türwächter*-Brieg, *Uchimura*-Tokio, *Veraguth*-Zürich, *Viedenz*-Görden, *Villinger*-Hamburg, *C. Vogt*-, *O. Vogt*-Berlin, *Voß*-Düsseldorf, *Wachsmuth*-Eichberg, *Wagner v. Jauregg*-Wien, *Wahrendorf*-Ilten, *Walter*-Rostock, *Wassermeyer*-Alsbach, *Wattenberg*-München, *Weddige*-Stralsund, *Wegener*-Düsseldorf, *Weichbrodt*-Frankfurt, *Weicksel*-Arnsdorf, *Weingärtner*-Grafenberg, *Weinbrenner*-Grafenberg, *Weinmann*-München, *Weise*-Breslau, *Wendt*-Hochweitzschen, *Werner*-Bedburg-Hau, *Westphal*-Bonn, *Westrum*-Lengerich, *Wickel*-Haina, *Wichura*-Oeynhausen, *Wiehl*-Düsseldorf, *Wiethold*-Bonn, *Wilcke*-Plagwitz (Schl.), *Wilhemy*-Bonn, *Willige*-Ilten, *Wilmanns*-Heidelberg, *Wilson*-Hampton, *Winter*-Lengerich, *Witte*-Bedburg-Hau, *Wittenberg*-Neinstedt, *Wolfskehl*-Frankfurt a. M., *Wolpert*-Berlin-Schlachtensee, *Würzburger*-Bayreuth, *Wuth*-Baltimore, *Zappe*-Schleswig-Hesterberg, *Zierl*-Regensburg, *Zinn*-Eberswalde, *Zöllner*-Magdeburg, *Zucker*-Greifswald. (364 Teilnehmer.)

Geschäftliches: Zu Ehren der verstorbenen Mitglieder, deren der Vorsitzende gedenkt, erhebt sich die Versammlung von den Plätzen.

Die nächste Sitzung soll auf Einladung *Wagner von Jaureggs* in Wien stattfinden (13. und 14. Sept. 1927).

Dem Schatzmeister wird für den vorgetragenen Kassenbericht Entlastung erteilt.

Jahresbeitrag für 1927 5 M. einzusenden an Geheimrat Dr. *Mercklin* in Treptow a. d. Rega (Stolper Bank).

Für das deutsche Forschungsinstitut in München werden für 1927 wiederum 2000 M. bewilligt.

In den Vorstand wird *Fischer*-Wiesloch gewählt; *Bumke*-München und *Eichelberg*-Hedemünden a. d. Werra werden wiedergewählt.

Wagner von Jauregg-Wien wird einstimmig zum Ehrenmitglied gewählt.

1. I. Referat: *Oskar Vogt*, Architektonik der menschlichen Hirnrinde.

Unter *Architektonik* möchte ich die Lehre von den örtlichen Differenzen in der Anordnung, der Zahl und der groben Morphologie der im spezifisch gefärbten Präparat sichtbaren strukturellen Elemente verstanden wissen. Bisher haben nur zwei elektive Färbungen größere Bedeutung gewonnen: das *Nißl*-Zellbild als Grundlage für die *Cyto*architektonik und das *Weigert*sche Markscheidenbild als Basis für die *Myelo*architektonik. Einzelne wichtige Ergänzungen verdanken wir aber auch bereits der auf der Silberreduktionsmethode beruhenden *Fibrillo*architektonik. In den letzten Jahren hat sich neben der *normalen* eine *Patho*-Architektonik entwickelt. Die letztere hat die Aufgabe, die pathologischen Abweichungen von der normalen Architektonik zu erforschen.

Die normale Architektonik führt zunächst zur Unterscheidung verschiedener innerhalb des Rindenquerschnitts horizontal übereinander gelagerter *Schichten* oder *Laminae*. Die Schichtung ist an verschiedenen Rindenstellen eine ungleiche.

Das Hauptgebiet der menschlichen Hirnrinde macht im 5. und 6. Fötalmonat ein Stadium durch, in welchem sie in Schichten zerfällt, von denen jede zweite sich durch eine besondere Dichtigkeit der Neuroblasten abhebt. Im ganzen gibt es sieben Schichten. *Brodmanns* tektonischer Grundtypus vernachlässigt die innerste (*VII*).

Diese auf einer ungleichen Dichtigkeit der Neuroblasten beruhende Schichtung führt nun an verschiedenen Rindenstellen zu einer zwar im einzelnen sehr ungleichen, aber doch gemeinsame Züge bewahrenden Weiterdifferenzierung der Neuroblasten der einzelnen Schichten. Diese Tatsache spricht nicht nur dafür, daß die einzelnen Schichten des siebenschichtigen Grundtypus an den verschiedenen Stellen seines Vorkommens einander homolog sind. Wir dürfen vielmehr weiter daraus schließen, daß die sieben Grundschichten an verschiedenen Rindenstellen speziellen Differenzierungen der gleichen *laminären Grund*funktion dienen. So gewinnt das Problem der Schichtenhomologie ein über die Morphologie hinausgehendes physiologisches Interesse. Hier entsteht nun zunächst die Frage, wie wir beim Erwachsenen die einander homologen Schichten verschieden gebauter Rindenstellen erkennen können. Da, wo verwandte Typen aneinanderstoßen, kann eine Homologisierung durch die Verfolgung der einzelnen Schichten des einen Typus in diejenigen des anderen an der Übergangsstelle durchgeführt werden. Diesen Homologisierungsweg hat man zunächst auch da benutzt, wo er zweifellos gänzlich unbeschreitbar ist, z. B. in dem später näher zu definierenden Allocortex. Andererseits sind aber auch zu Unrecht Einwendungen gegen so gewonnene Homologisierungen gemacht worden, so z. B. bezüglich der Area striata. Hier scheint uns nun die Ontogenie ein entscheidendes Wort sprechen zu können.

Bekanntlich besteht die Hirnrinde in einem ganz frühen Stadium aus einem äußeren, wenig entwickelten, zellarmen Gebiet (*Randschleier*) und einer inneren, breiten, bis zum Ependym reichenden Zellmasse, der *Matrix*. Da, wo sich die Matrix ohne Wanderung in Nervenzellen umbildet, entstehen Abschnitte des *Striatum*. Im ganzen übrigen Gebiet der Hemisphärenwand entwickelt sich der primitive Randschleier zur *I*. Schicht, der nervenzellarmen *Zonalschicht*. Gleichzeitig tritt durch Wanderung mehr oder weniger zahlreicher Matrixzellen nach außen eine *Cortex*bildung auf. Wenn nur ein Teil der Zellen nach außen wandert und ein anderer am Ependym bleibt, so entsteht nach *M. Rose* aus der Hemisphärenwand ein Striatumabschnitt und eine *semiparietine* Hirnrinde. Meist lösen sich aber alle Zellen von der Matrix ab: es entwickelt sich ein *Cortex totoparietinus*. Die Ablösung selbst erfolgt nach *Rose* in einem kleinen Hemisphärenabschnitt in zwei Etappen. Sie führt zur Bildung eines *Cortex schizoprotoptychos*. In dem Hauptgebiet der Hemisphärenwand erfolgt dagegen diese Zellwanderung ohne Unterbrechung. Es entsteht so der *Cortex holoprotoptychos*. Dieser kann zunächst ungegliedert bleiben. *Rose* spricht dann vom Cortex holoprotoptychos *bistratificatus* (identisch mit der Ammonsformation). Er kann sich aber auch in Schichten gliedern: und zwar entweder in fünf (*Roses* Cortex holoprotoptychos *quinquestratificatus*) oder im Hauptteil der Hemisphärenwand in jene sieben Schichten, von denen wir anfänglich schon sprachen (*Roses* Cortex holoprotoptychos *septemstratificatus*).

Zu einer Zeit, in welcher diese Ontogenie noch nicht bekannt war, bin ich bemüht gewesen, auf Grund von Besonderheiten der erwachsenen Großhirnrinde diese in einige grundlegend verschieden gebaute Abschnitte zu zerlegen. Ich bin damals von dem ungleichen Verhalten der Radii ausgegangen. Man kann ein vierfach verschiedenes Verhalten der Radii unterscheiden: 1. Radii fehlen; 2. sie finden sich in allen Schichten nach innen von der *I.* (*Typus supraradiatus*); 3. sie dringen von innen nur bis an die Grenze zwischen der 2. und 3. Unterschicht der *III.* Schicht vor (*Typus euradiatus*) oder 4. sie endigen bereits an der Grenze zwischen den beiden Unterschichten der *V.* Schicht (*Typus infraradiatus*). Weiterhin hatte ich dann das euradiäre und das infraradiäre Gebiet als *Isocortex* zusammengefaßt und dem die supraradiäre und die der Radii entbehrende Rinde umfassenden *Allocortex* gegenübergestellt. Heute kennen wir bereits die gesamte Ontogenie der Medianseite der Großhirnhemisphäre, und wir sind deshalb in der Lage, ihre auf dem Vorkommen und der Verteilung der Radii beruhende Einteilung vom ontogenetischen Standpunkt aus zu kritisieren bzw. zu modifizieren und zu differenzieren. Es hat sich herausgestellt, daß das ganze euradiäre Gebiet (es gilt das auch für die frontale agranuläre Region) den siebenschichtigen Typus durchmacht. Ferner zeigt das äußere Gebiet der infraradiären Region eine solche Siebenschichtung mit sehr schwach entwickelter *IV.* Es nähert sich auch in bezug auf die Radii dem euradiären so, daß ich es als *medioradiären* Unterabschnitt der infraradiären Region bezeichnet hatte. Auf das euradiäre und das medioradiäre Gebiet möchte ich heute den *Isocortex* beschränkt und ihn deshalb mit der Ausdehnung des siebenschichtigen ontogenetischen Grundtypus identifiziert wissen. Den Rest der Hirnrinde möchte ich als *Allocortex* zusammenfassen. Der ausgesprochen infraradiäre Rindenteil gehört dann also zum Allocortex, und zwar als Allocortex totoparietinus holoprotoptychos quinquestratificatus infraradiatus. Fig. 1 zeigt, wie sich der *Isocortex euradiatus*, der *Isocortex medioradiatus* und die verschiedenen Unterabschnitte des *Allocortex* in die Medianfläche teilen.

Studiert man nun in einem Schnitte die Übergangsstelle eines Rindentypus in die beiderseits anstoßende, so ergibt sich folgendes. Je mehr man sich in das Verhalten jeder einzelnen Schicht und Unterschicht vertieft, in um so zunehmenderem Maße erkennt man, daß der einzelne Rindentypus innerhalb seiner Ausdehnung annähernd gleichmäßig gebaut ist, daß aber an den Übergangsstellen eine linear scharf markierte Veränderung in allen Schichten und Unterschichten stattfindet. Das von dem einzelnen Rindentypus eingenommene Gebiet bezeichnen wir als *Rindenfeld* oder *Area architectonica.* Wir unterscheiden heute mehr als 200 derartiger Felder in der menschlichen Großhirnhemisphäre. Dieses Verhalten wird zunächst an dem Übergang der *Area occipitalis* in die *Area striata*, von dem schon seit längerer Zeit wenigstens die plötzliche Umwandlung mehrerer Schichten an der gleichen Stelle bekannt war, für alle Schichten und ferner für den bisher nicht präzise erkannten Übergang zwischen der *Area gigantopyramidalis* (Feld 4 der Figg. 2—4) und der anstoßenden Area (Feld 6 a α) der *Regio agranularis* gezeigt.

Diesen Feststellungen ist sodann hinzuzufügen, daß jede cytoarchitektonische Area auch ihre besondere Myeloarchitektonik hat und

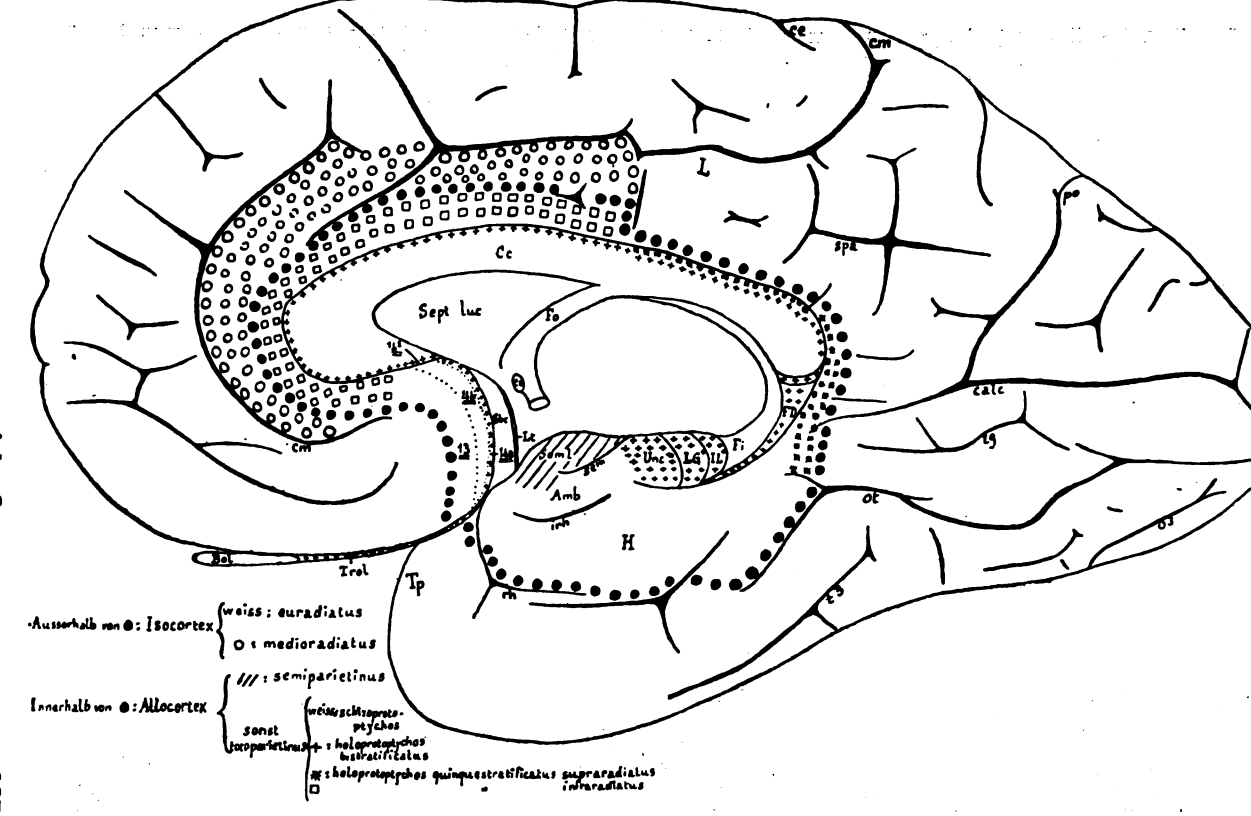


Fig. 1. Die Hauptgliederung der Medianseite der menschlichen Großhirnhemisphäre.

umgekehrt, sowie daß die Besonderheiten der einzelnen Areae noch deutlicher hervortreten, wenn man das Silberreduktionsbild zur Ergänzung heranzieht.

Dabei zeigt sich, daß die Hauptmerkmale eines Rindenfeldes von der Zahl seiner unterscheidbaren Schichten und Unterschichten sowie der Dichtigkeit und dem Kaliber der in ihnen gefärbten nervösen Elemente gebildet werden. Solche Merkmale sind naturgemäß auch in jedem Flachschnitt zu erkennen. Das letztere ist nun die Voraussetzung für die Verwendbarkeit von Schnittserien. Diese sind aber die unerläßliche Vorbedingung für die wissenschaftlich so bedeutungsvolle Erfassung der von Hemisphäre zu Hemisphäre schwankenden architektonischen Besonderheiten oder — anders ausgedrückt — der individuellen Eigentümlichkeiten einer gegebenen Hemisphäre. Zu ihnen gehören vor allem die für die einzelne Hemisphäre charakteristische Zahl der unterscheidbaren Rindenfelder, ihre Größe, ihre individuellen Struktureigentümlichkeiten und ihre spezielle Lage zur Hirnoberfläche. Der letztere Punkt ist deshalb nicht bedeutungslos, da bekanntlich die Struktur sich ändert, je nachdem ein Feld oder Teile desselben auf dem Culmen, im Angulus, im Labium sulci oder im Fundus sulci gelegen sind.

Die Tatsache, daß es mehr als 200 scharf gegeneinander abgegrenzte und durch Modifikationen in allen Schichten charakterisierte Rindenfelder gibt, ist, wenn anders architektonische Differenzen überhaupt einen physiologischen Unterschied ausdrücken — und das werden wir ja jetzt gleich zu untersuchen haben —, von grundlegender Bedeutung. Die haarscharfen Grenzen weisen auf eine haarscharfe Lokalisation der jedesmaligen Funktionen des einzelnen Rindenfeldes hin, d. h. auf eine Schärfe der Lokalisation, die wohl früher kein Lokalist angenommen hat. Die Teilnahme aller Schichten an den Modifikationen des einzelnen Rindenfeldes muß in uns den Eindruck hervorrufen, daß die einzelnen Schichten sich einer gemeinsamen Funktion angepaßt haben, daß also dem gesamten Rindenquerschnitt in der Ausdehnung eines Rindenfeldes eine *areale* Sonderfunktion zukommt.

Es gilt nun, diese physiologischen Schlußfolgerungen durch physiologische Methoden zu erhärten. Die erste hier zu klärende Frage ist die nach einer Sonderfunktion jedes einzelnen architektonischen Rindenfeldes und der Schärfe ihrer Begrenzung. *C. Vogt* und ich haben ihre Beantwortung mit Hilfe von sekundären Degenerationen, mit der Ausfallsmethode und mit der Reizmethode angestrebt. Es ist diese Frage auch außerhalb unseres Instituts behandelt worden. *Minkowski* hat sie für einige Areae bejahen können. Was ferner speziell die Abhängigkeit der einzelnen Rindenfelder von verschiedenen Thalamuskernen anbelangt, so hat *Nißl* viele Jahre an dieser Frage gearbeitet. Leider hat er seine Untersuchungen nicht zum Abschluß gebracht. Aber was aus seinen Feststellungen bekannt geworden ist, spricht für eine Beziehung der einzelnen Rindenfelder oder Felderkomplexe zu ganz bestimmten Thalamuskernen. Wir selbst haben uns vor allem der elektrischen Reizmethode bedient, da sie am Gehirn die schärfste Grenzbestimmung ermöglicht. Und wir haben sie durch teilweise Verwendung von zwei Elektroden und durch Verbindung mit operativen Isolierungen sowie zuletzt auch (zu-

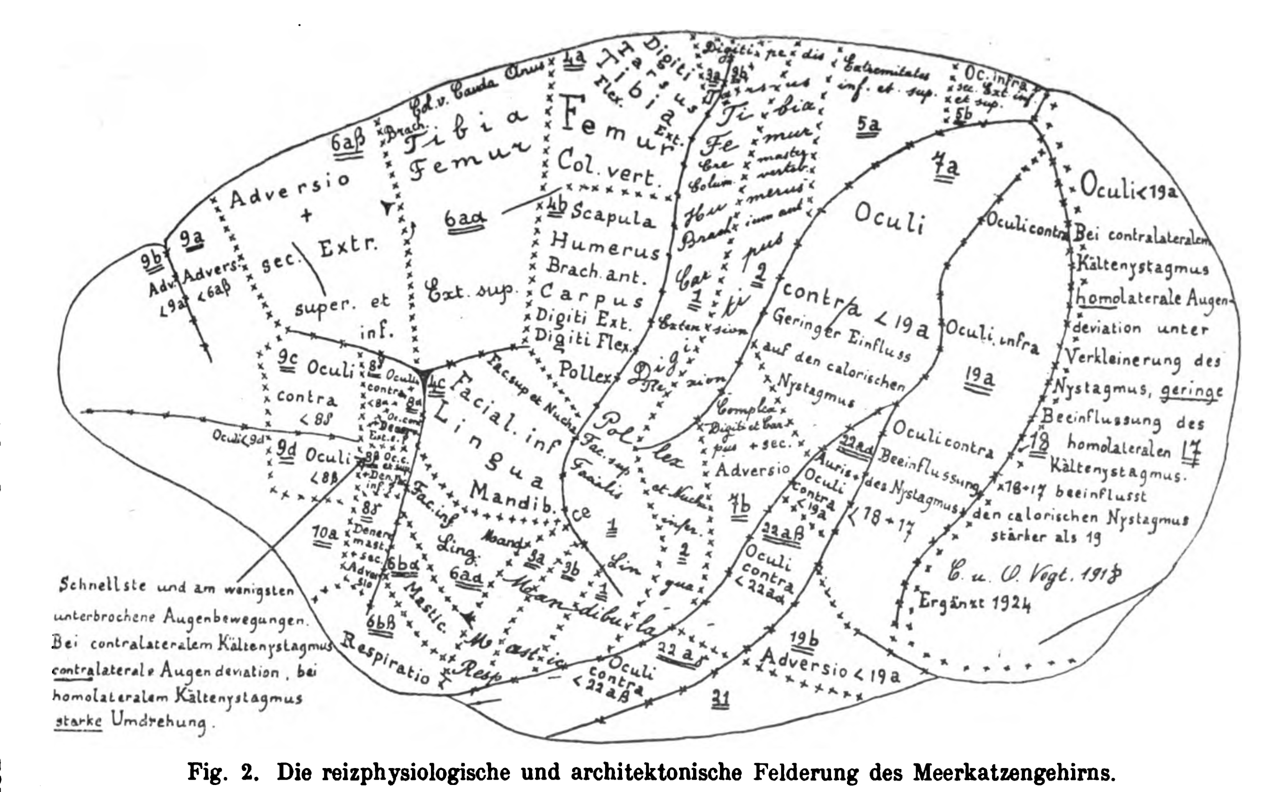


Fig. 2. Die reizphysiologische und architektonische Felderung des Meerkatzengehirns.

sammen mit *Barany*) mit dem kalorischen Nystagmus zu vervollkommnen gesucht.

Beginnen wir mit unseren Ergebnissen an dem Gehirn einer bestimmten Tiergruppe, demjenigen der Meerkatzen! Schon 1905 hatte *Brodmann* dieses architektonisch gefeldert. Seine Felderung geht annähernd aus Fig. 2 hervor, sobald man die mit der gleichen arabischen Ziffer bezeichneten Gebiete jedesmal zu einem Feld vereinigt. Unsere Reizversuche führten uns bald zur Umgrenzung zahlreicherer reizphysiologisch differenter Felder. Sie zwangen uns dementsprechend, eine detailliertere architektonische Felderung anzustreben. Gleichzeitig wiesen diese reizphysiologischen Felder scharfe Grenzen auf. Diese Tatsache mußte uns veranlassen, zu einer Zeit, in welcher wir selbst noch nicht die allgemeine Verbreitung schroffer architektonischer Grenzen zwischen den Areae kannten, nach einem architektonischen Substrat dieser scharfen physiologischen Grenzen zu suchen. Wir strebten danach, dieses Substrat dadurch aufzudecken, daß wir im lebenden Gehirn an die Grenzen der reizphysiologischen Felder zum Zweck ihrer späteren mikroskopischen Wiedererkennung Einschnitte machten. So gelangten wir dazu, für jedes reizphysiologisch qualitativ verschiedene Feld und auch sogar für einige nur somatotopisch differente Unterfelder architektonisch besonders gebaute Gebiete mit schroffen Grenzen aufzudecken.

Fig. 2 gibt in einem Schema wieder, welche reizphysiologischen Felder wir auf der Konvexität des Meerkatzengehirns haben unterscheiden können und mit welchen von uns unterschiedenen architektonischen Feldern sie zusammenfallen. Unmittelbar nach vorn vom Sulcus centralis (*ce*) haben wir — durch Druckschrift markiert — das leicht erregbare und die Erregung unmittelbar in die Peripherie leitende *Primärfeld* für tonische Spezialbewegungen. Es deckt sich mit dem architektonischen Feld 4, der *Area gigantopyramidalis*. Es zerfällt in die vielen Unterabschnitte, welche jedem von Ihnen bekannt sind. Hervorgehoben werden muß aber, daß man drei Hauptsegmente dieses Primärfeldes noch unterscheiden kann, welche mit architektonischen Unterfeldern der Area gigantopyramidalis zusammenfallen. 4a deckt sich mit dem Gebiet für Bewegungen der unteren Extremität und der Wirbelsäule, 4b mit demjenigen der oberen Extremität, 4c mit demjenigen für Hals- und Kopfmuskulatur. Oral von diesem Primärfeld liegt das *Sekundärfeld* für tonische Spezialbewegungen. Seine Unterabschnitte sind in der Figur durch Rundschrift markiert. Es fällt mit dem architektonischen Felde 6aα zusammen. Von ihm erzielen wir erst bei stärkeren Reizungen Bewegungen, welche den von 4 auslösbaren gleichen, aber zu schnellerer Irradierung tendieren. Durch Unterschneidung dieses Rindengebietes vor den Reizungen und durch oberflächliches Einschneiden in seine Rinde an seiner kaudalen Grenze konnten wir ferner feststellen, daß die nervöse Erregung nicht direkt in die Peripherie abfließt, sondern durch die äußersten Schichten der Hirnrinde zunächst dem Primärfeld zuströmt. Oral von seinem dorsalen Teil haben wir das mit dem architektonischen Felde 6aβ zusammenfallende Tertiärfeld. Dieses ergibt bei schwachen Reizen ausschließlich Bewegungen der Augen, des Kopfes und des Rumpfes nach der entgegengesetzten Seite und solche des kontralateralen Ohres. Alle diese Bewegungen ähneln den die

willkürliche Einstellung der Aufmerksamkeit begleitenden. Wir haben sie deshalb als *Adversions*bewegungen bezeichnet. Bei stärkeren Reizen schließen sich dann Gesamtbewegungen der beiden Extremitäten an. Oro-ventral von dem ventralen Abschnitt von **6aα** liegt das anders gebaute Feld **6βα**. Von ihm werden rhythmische Bewegungen der Zunge, des Mundes, des Schlundes und des Kehlkopfes ausgelöst. Ein sich ventro-oral daran anschließendes, wieder anders gebautes Feld **6bβ** reagiert auf Reizung mit Änderung der Atmung. Von den Feldern $8\delta + 8\beta + 8\alpha$ erzielt man bereits bei schwachen Reizen Augenbewegungen. Eine Reizung des Feldes 8γ bringt eine spontan oder durch Reizung des Feldes **6bα** mit einer zweiten Elektrode hervorgerufene rhythmische Bewegung der Mundmuskulatur zum Stillstand. Oral von **6aβ** und $8\delta + 8\beta + 8\alpha$ erhalten wir Adversionsbewegungen, aber erst bei wesentlich stärkeren Reizen, und zwar von dem oral von $8\delta + 8\beta + 8\alpha$ gelegenen Gebiet primär vornehmlich Augenbewegungen. In der Hauptausdehnung des Sulcus centralis kaudal von diesem gelegen und nur ganz dorsal und ganz ventral dieses oral überschreitend liegt ein Gebiet, in welchem wir bei stärkeren Strömen auch annähernd jedesmal in der gleichen Höhe wie im Primärfeld identische Bewegungen erzielen. Diese neigen aber noch weniger zur Irradiierung als die durch Reizung von 4 ausgelösten Bewegungen. Außerdem tritt eine wesentlich schnellere Erschöpfung dieses Gebietes auf. Seine Segmente sind durch Schriftbuchstaben in Fig. 2 wiedergegeben. Von ihm ausgelöste epileptische Anfälle beginnen mit einer Tremorperiode und führen dann erst zu ähnlichen, aber meist enger begrenzten klonischen Bewegungen, als die von 4 ausgelösten. Die kaudale Grenze dieses Gebietes fällt scharf mit der Grenze des Feldes 2 zusammen. Es umfaßt also die architektonisch durchaus differenten Gebiete **3a, 3b**, 1 und 2. Eine Differenzierung der von jedem einzelnen dieser vier Felder ausgelösten Bewegungen ist bisher nicht möglich gewesen. Reizung von **5a** gibt eine gleichzeitige Bewegung der unteren und oberen Extremität, eine solche des Feldes **5b** eine Bewegung der Augen nach unten mit sekundärer Bewegung beider Extremitäten. Von dem Felde **7b** erhält man komplexe Bewegungen der Hand mit sekundären Adversionsbewegungen, vom Felde **7a** Augenbewegungen, welche schwerer erregbar sind als die vom Felde **19a** auslösbaren Augenbewegungen. Dabei setzt die für das Feld **19a** charakteristische leichtere Erregbarkeit plötzlich ein. Auch bei Reizung der Felder 18 und 17 erzielten wir Augenbewegungen. Das Feld **22a** ergibt Ohr- und Augenbewegungen. Es erfordert etwas stärkere Ströme als **19a**.

Im Vorstehenden haben wir die Ergebnisse unserer bis 1918 durchgeführten Reizversuche resumiert. Unbefriedigend war erstens die Unmöglichkeit einer physiologischen Differenzierung der Felder **3a, 3b, 1** und **2** und ferner die Tatsache, daß man von cytoarchitektonisch sehr verschiedenen Rindenfeldern sehr ähnliche Augenbewegungen und andere Adversionsbewegungen erzielte. In der Differenzierung der Augenbewegungen sind wir nun inzwischen durch die schon erwähnte Verbindung der Rindenreizungen mit dem Kältenystagmus einen wesentlichen Schritt weiter gekommen. Wir fanden auf diese Weise, daß die von dem Felde $8\delta + 8\beta + 8\alpha$ ausgelösten Augenbewegungen nicht nur die schnellsten und am wenigsten unterbrochenen waren, sondern daß die Augen auch bei kontra-

lateralem Kältenystagmus nach der kontralateralen Seite gingen, während ein homolateral gerichteter Kältenystagmus eine starke Umdrehung erfuhr. Das Feld 7a beeinflußte den kalorischen Nystagmus nur äußerst gering. Von den Feldern 19a, 18 und 17 erzielten wir bei Reizung während eines kontralateralen Kältenystagmus eine homolaterale Augendeviation unter Verkleinerung des Nystagmus und nur eine geringe Beeinflussung des homolateralen Kältenystagmus. Dabei verliefen die von diesen drei Feldern ausgelösten Augenbewegungen langsamer und unterbrochener als die durch Reizung von $8\alpha + 8\beta + 8\delta$ hervorgerufenen. Dieses war für 18 und 17 noch in stärkerem Maße der Fall, während umgekehrt der kontralaterale Kältenystagmus von 18 und 17 stärker, der homolaterale schwächer beeinflußt wurde. Diese heute schon so weitgehend mögliche Differenzierung der von verschieden gebauten Feldern ausgelösten Adversionsbewegungen ist um so erstaunlicher, als wir in diesen Adversionsbewegungen — wenigstens zumeist — nur eine Nebenfunktion der betreffenden Rindenfelder zu sehen haben. Wir dürfen deshalb hoffen, bei geeigneter Versuchsanordnung eine physiologische Zerlegung der postzentralen Region in vier Felder durchführen zu können.

Nachdem wir uns so schon heute in — zum Teil sogar unerwartet — weitgehendem Maße bei einer Tiergruppe von der Tatsache überzeugen konnten, daß die architektonische Felderung eine funktionelle ausdrückt, sind wir zur Beantwortung der Frage übergegangen, ob nun bei verschiedenen Tieren gleichartig gebaute Rindengebiete die gleiche Reizreaktion zeigen bzw. ob die gleiche Reizreaktion auf einen gleichen Rindenbau zu schließen gestattet. Es wird an verschiedenen Beispielen die von uns erhaltene positive Antwort demonstriert.

Nach diesen Feststellungen war es für uns sicher, daß auch ähnliche Verhältnisse für den Menschen vorliegen müßten. Ich habe dementsprechend zunächst die menschlichen Homologa der auf der Konvexität des Affengehirns (Fig. 2) unterschiedenen Areae architectonicae festgestellt. In die so entstandene Hirnkarte haben wir dann die nach Analogie mit den Ergebnissen am Meerkatzengehirn zu erwartenden Folgen von Rindenreizungen eingetragen (Fig. 3). Ganz unabhängig von uns hat nun in der Zwischenzeit *O. Foerster* die menschliche Großhirnrinde einer bewunderungswürdig eingehenden reizphysiologischen Untersuchung unterzogen. Fig. 4 bringt *Foersters* Reizergebnisse, von uns in ein mit der Fig. 3 identisches Schema eingetragen. (Das Originalschema *Foersters* ist inzwischen in dem Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Bd. XLIV, Heft 11/12, S. 759, veröffentlicht worden.)

Vergleichen wir nun die Figg. 2—4 näher miteinander, so fällt zunächst zwischen dem Menschen und dem Affen ein wichtiger topographischer Unterschied in bezug auf das Feld 4 auf. Dieses liegt beim Menschen vornehmlich im Sulcus centralis. Das Culmen der vorderen Zentralwindung wird in ventralwärts zunehmendem Grade vom Felde 6aα gebildet Nun sind aber, seitdem man überhaupt die Rindenreizungen beim Menschen begonnen hat, stets vom ganzen Culmen der vorderen Zentralwindung tonische Spezialbewegungen erzielt worden. Ihre segmentale Anordnung hat *Foerster* bis in alle Einzelheiten nachgewiesen. Das Hauptgebiet dieser Segmente muß aber — wenn anders architektonische und

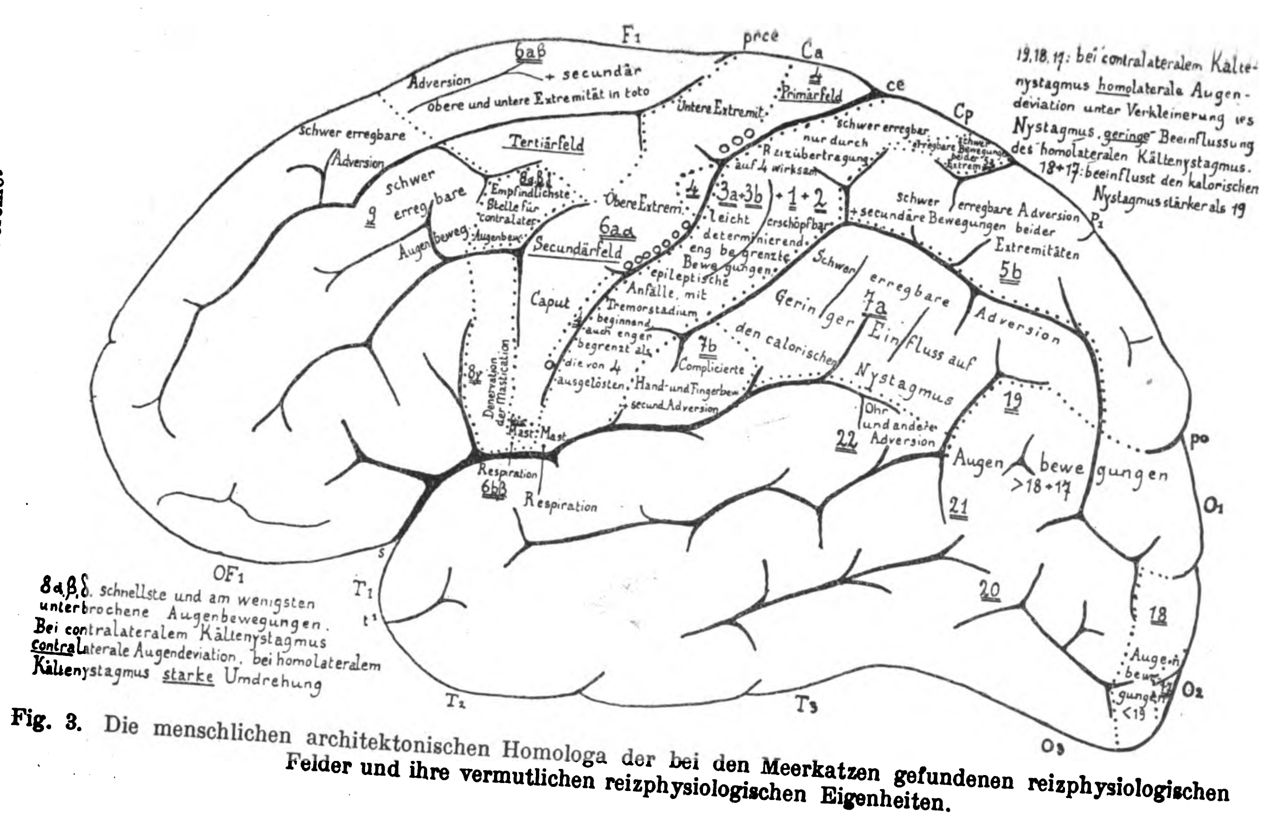


Fig. 3. Die menschlichen architektonischen Homologa der bei den Meerkatzen gefundenen reizphysiologischen Felder und ihre vermutlichen reizphysiologischen Eigenheiten.

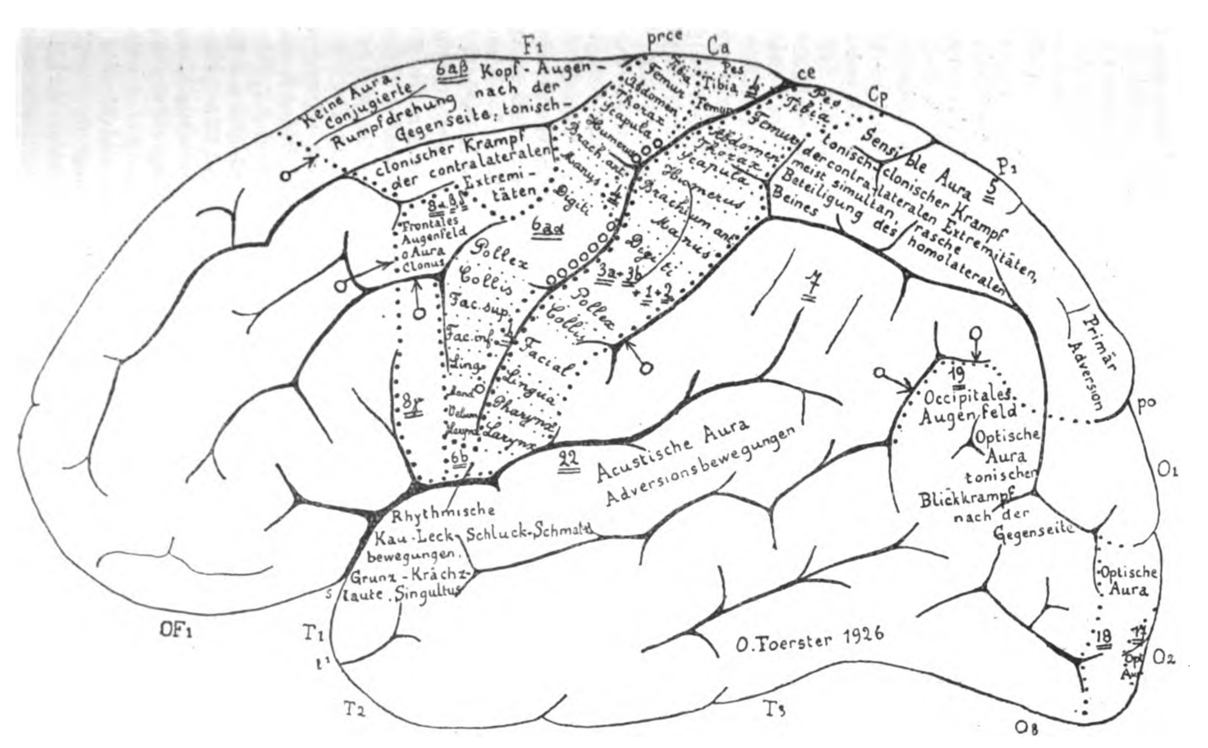


Fig. 4. O. *Foersters* Reizergebnisse an der Konvexität der menschlichen Großhirnhemisphäre.

reizphysiologische Besonderheit zusammenfällt — zum *Sekundärfeld* gehören. Diesen Beweis hat denn auch *Foerster* erbracht, indem der zu 6aα gehörende Rindenabschnitt des Culmen der vorderen Zentralwindung unerregbar wurde, sobald *Foerster* nahe dem Sulcus centralis einen oberflächlichen Einschnitt in die Hirnrinde machte. Weiter stimmt unsere Voraussage vollständig für das Tertiärfeld 6aβ (*Foerster*s frontales Adversivfeld), das Augenfeld $8\delta + 8\beta + 8\alpha$ und das postzentrale Gebiet 3a + 3b + 1 + 2. Vom ventralsten Teile des Gyrus centralis anterior gab *Foerster* bereits 1923 an, daß er von diesem Gebiete Mastikationsbewegungen ausgelöst hatte. Ich homologisierte dieses Gebiet von vornherein mit dem dorsalen Teil des myeloarchitektonischen Feldes 41 und sagte auf Grund der Cytoarchitektonik beim Affen für dieses Gebiet eine identische Architektonik für den Menschen richtig voraus. Ich fand aber ferner oro-ventral von diesem Felde 6bα beim Menschen ein Gebiet, welches im Bau vollständig dem Felde 6bβ des Affen entspricht und von dessen Reizung ich deshalb Änderung der Atmung erwartete. Inzwischen hat nun *Foerster* — wie Fig. 4 lehrt — vom Operculumgebiet der Zentralwindungen nicht nur rhythmische Kau-, Leck-, Schluck- und Schmatzbewegungen erzielt, sondern auch Grunz- und Krächzlaute sowie Singultus. Er hat aber dabei bisher weder die leicht erregbare Region 6b von der schwerer erregbaren postzentralen Region trennen noch für die rhythmischen Bewegungen eine von den zuletzt erwähnten Bewegungen der Atemmuskulatur etagenförmig differente Lage feststellen können. Innerhalb unseres Gebietes 5a + 5b hat *Foerster* ebenfalls zwei Unterfelder mit den von uns vorausgesagten physiologischen Differenzen unterschieden. Er hat aber bisher diese beiden Felder räumlich noch nicht gegeneinander scharf abgegrenzt. Von unserem Felde 7 gibt *Foerster* an, daß er vom vordersten Teil ähnliche Bewegungen wie von den Feldern 3a + 3b + 1 + 2 erhält. *Foerster* hat also hier ähnliche Bewegungen wie wir beobachtet. Er hat bisher nur nicht den komplexeren Charakter derselben festgestellt. Vom hinteren Teil dieses Feldes erhält er Augenbewegungen wie vom Felde 19. Also auch hier stimmen unsere Resultate miteinander überein. Wenn *Foerster* endlich vom dorsalen Teil Bewegungen erzielte, wie er sie sonst vom Felde 5 erhält, so muß betont werden, daß der in den Figg. 3 und 4 gezeichnete Sulcus interparietalis ganz schematisch ist und das Feld 5 oft bei einer solchen schematischen Trennung der Felder 5 und 7 auf das Feld 7 übergreift. (Vgl. „Journal für Psychol. u. Neurol.“, Bd. 18, S. 384, Fig. 1, Feld 86!) Vom Felde 22 hat *Foerster* ebenfalls Adversionsbewegungen erzielt. Was endlich die Felder 19, 18 und 17 anbelangt, so hat *Foerster* nur vom Felde 19 Augenbewegungen auslösen können, während wir bei der Meerkatze weniger ausgesprochene Augenbewegungen auch noch von 18 und 17 erzielten. Dabei haben wir aber noch eine weitere Differenz zwischen den von 19 einerseits und 18 + 17 andererseits erzielten Augenbewegungen festgestellt: die Beeinflussung des kontralateralen Kältenystagmus steht in umgekehrt proportionalem Verhältnis zur Langsamkeit der Augenbewegungen.

So sehen wir eine — man kann wohl sagen — geradezu verblüffende Übereinstimmung zwischen den Feststellungen *Foerster*s und unseren Voraussagungen. Wir sehen in dieser Übereinstimmung nicht nur eine

neue Stütze für unsere ursprüngliche heuristische Annahme, daß architektonische Differenzen physiologische ausdrückten, sondern weiter die Möglichkeit, auch noch in der Zukunft durch eine mit physiologischen Experimenten einhergehende vergleichende architektonische Rindenfelderung die menschliche Lokalisationslehre weiter zu vertiefen.

Man würde nun aber der Bedeutung der *Foerster*schen Reizergebnisse nicht gerecht werden, wiese man nicht noch auf einen Punkt hin. *Foerster* reizt in Lokalanästhesie. Er erhält so Angaben über eventuell durch die Reizungen ausgelöste Bewußtseinserscheinungen und damit eine durch diese weitergeführte und die wesentliche Funktion des betreffenden Feldes mehr aufdeckende Differenzierung der Reizreaktion, als sie beim Tierexperiment überhaupt möglich ist. Selbst wenn der Reiz bis zur Auslösung eines epileptischen Anfalles gesteigert wird, erfolgt der letztere bei Reizung der Felder 4, 6aα, 6aβ und 8α + 8β + 8δ ohne psychische Aura. In den weiter kaudal gelegenen Gebieten [1]) erhielt *Foerster* dagegen regelmäßig sensorische Auren, und zwar vom *postzentralen* Gebiet eine segmental begrenzte, von 5 eine solche in den ganzen Extremitäten, von 22 eine akustische, von 19 mit Augenbewegungen verbundene starke Bildhalluzinationen und endlich von 18 + 17 von keinen Augenbewegungen begleitete optische Photome [2]). Wir sehen hier also, wie psychische Erscheinungen nur von ganz bestimmten architektonischen Areae auslösbar sind und dabei für die verschiedenen Areae oder arealen Komplexe einen spezifischen Charakter zeigen. Unsere Lehre von der physiologischen Dignität architektonischer Differenzen erfährt somit eine ganz wesentliche Vertiefung.

Es ist nun aber die menschliche Großhirnhemisphäre vom architektonischen Standpunkt aus nicht einfach eine vergrößerte Affenhemisphäre. Es haben sich vielmehr einzelne Rindenterritorien speziell vergrößert. Sie zeigen dabei gleichzeitig einen weitergehenden Zerfall in architektonische Einzelfelder. Für solche spezifisch menschlich weiter differenzierten Rindengebiete tritt uns die Frage nach der physiologischen Bedeutung der architektonischen Felderung in der speziellen Form entgegen, ob eine areale Weiterdifferenzierung den Ausdruck einer physiologischen Höherentwicklung darstellt. Wir sehen den Mantelteil von 6aα + 6aβ beim Menschen gegenüber dem Felde 4 wesentlich vergrößert und in mehr Felder zerlegbar als beim Affen. Aus der Tatsache, daß Reizung dieser Gegend beim Affen Bewegungen der unteren Extremität und der Wirbelsäule auslöst, haben wir dann geschlossen, daß ihre Weiterdifferenzierung beim Menschen zum aufrechten Gang in Beziehung steht. Wir verfügen heute über drei Fälle, in welchen eine Ausschaltung dieser Region durch Zerstörung ihrer Projektionsfaserung einen astasisch-abasischen Symptomenkomplex zur Folge gehabt hat.

---

[1]) Wenn *Foerster* teilweise bei Auslösung epileptischer Anfälle vom „Operculum centrale" sensible Reizerscheinungen im Kehlkopf, im Rachen, in der Mundhöhle und in der Zunge beobachtete, so dürfte hier der Reiz das *post*zentrale Gebiet des Operculum getroffen haben.

[2]) Es wäre sehr interessant, wenn *Foerster* bei seinen weiteren Versuchen der Nachweis gelingen würde, daß die von 18 ausgelösten Photome komplizierterer Natur wären, als die von 17 erzielbaren.

Endlich lag die Frage nahe, ob bei einem so ausgezeichneten Ausdruck physiologischer Differenzierung, wie ihn nach den bisherigen Ausführungen die architektonische Felderung darstellt, nicht auch die Linkshirnigkeit, die sich bekanntlich im Hirngewicht nicht oder wenigstens kaum äußert, einen arealen Ausdruck hat. Eine solche Feststellung würde ein neuer Beweis für die physiologische Bedeutung der architektonischen Rindenfelderung sein. Wir haben diese Frage am hinteren Teil der Oberfläche des Schläfenlappens oder, anders ausgedrückt, der unteren Lippe der Fissura Sylvii, dem Gebiete der *Brodmann*schen Felder 41 und 42, geprüft. Beim Rechtshänder erfährt in der rechten Hemisphäre das Feld 42 gegenüber dem Menschenaffen bei gleichzeitiger Vergrößerung eine areale Weiterdifferenzierung Diese Vergrößerung und areale Weiterdifferenzierung erreicht aber in der linken Hemisphäre noch einen wesentlich höheren Grad.

So konnte schon in verhältnismäßig kurzer Zeit für zahlreiche architektonische Felder die Existenz einer Sonderfunktion nachgewiesen werden.

Es entsteht nunmehr die Frage, wieweit an den bisher aufgedeckten Sonderfunktionen der Rindenfelder der ganze Rindenquerschnitt beteiligt ist und in welchem Grade dabei den einzelnen Schichten und Unterschichten besondere Teilfunktionen zuzuschreiben sind. Zunächst muß hervorgehoben werden, daß des öfteren benachbarte Rindenfelder mit ungleicher Funktion nicht so große Unterschiede aufweisen wie die einzelnen Zellschichten eines Feldes untereinander. Dazu kommt dann noch die Tatsache, daß wir bei aller Vorsicht in der Deutung der einschlägigen Bilder den Zellen der verschiedenen Schichten ungleiche Leitungsverbindungen zuschreiben dürfen. Wir müssen deshalb die laminären Unterschiede ohne weiteres als physiologische ansprechen.

Wir können diese Schlußfolge aber auch schon durch experimentell- und patho-physiologische Befunde stützen. Die bei stärkeren Reizen von den Zentren für tonische Spezialbewegungen auslösbaren komplexen Reaktionen, d. h. die Kombinationen aus der für das betreffende Gebiet spezifischen Spezialbewegung, den durch Irradiation des neurodynamischen Reizes hinzukommenden Spezialbewegungen und den bei schwächerem oder stärkerem Reiz immer hinzutretenden Adversionsbewegungen, weisen nämlich unmittelbar darauf hin, daß wenigstens an den komplexen Reizbewegungen verschiedene Rindenschichten beteiligt sind, und daß dabei die einzelnen Schichten eine Spezialfunktion haben. Außerdem lehrt die Tatsache, daß in den Fällen der *Bielschowsky*schen Hemiatrophie ein alleiniger Untergang der äußersten Unterschicht der *III*. Schicht der Area gigantopyramidalis bereits eine „Pyramidenlähmung" hervorruft, ihre Beteiligung an einer Funktionsäußerung der *Betz*schen Riesenzellen der *V*. Schicht.

Wenn wir nach diesen Feststellungen dann noch einen Schritt weitergehen und in den verschiedenen Neuronarten, aus welchen die meisten Schichten zusammengesetzt sind, Träger von Spezialfunktionen sehen, so werde ich wohl bei niemandem von Ihnen auf Widerstand stoßen.

Daraus ergibt sich dann aber, daß die menschliche Großhirnhemisphäre aus mehr als 200 Rindenfeldern mit besonderer Funktion, jedes

dieser Rindenfelder aus durchschnittlich 10 Schichten mit speziellen Schichtenfunktionen und endlich die meisten dieser Schichten noch aus physiologisch differenten Neuronarten bestehen.

Dieses Ergebnis erscheint uns als das wichtigste unserer ganzen Studien.

Man hat gelegentlich das Suchen nach einem materiellen Substrat der seelischen Vorgänge a priori mit der Behauptung abgelehnt, daß wir gar kein genügend differentes morphologisches Äquivalent für die ungeheure Mannigfaltigkeit unseres Seelenlebens hätten. Ein solcher Vorwand konnte zu einer Zeit berechtigt sein, in welcher man — wie es am Anfang dieses Jahrhunderts der Fall war — mit Einschluß der sog. stummen Zonen etwa ein Dutzend physiologischer Rindenfelder mit ganz unscharfen Grenzen unterschied. Heute scheint es mir, daß wir genügend Gruppen von Neuronen in der Großhirnhemisphäre unterscheiden können, um der Mannigfaltigkeit der unbewußt verlaufenden und der bewußt werdenden Hirnprozesse ein morphologisches Äquivalent gegenüberzustellen.

Dazu kommt dann aber noch die wichtige Tatsache, daß die individuelle Verschiedenheit der Rindenarchitektonik so groß ist, daß wir auch von ihr behaupten können, daß sie die Verschiedenheit des individuellen Seelenlebens genügend zum Ausdruck bringt. *L. Korst* und *N. Popoff* haben bei dem Gehirn eines Intellektuellen unserer Sammlung eine *Area striata* gefunden, die kaum halb so groß ist wie die *Area striata* eines darauf geprüften Hospitalkranken. Wir sehen, welcher Platz durch die Kleinheit der Area striata für die Größenentwicklung anderer Zentren frei wird. Und noch auf einen weiteren, hierher gehörigen Fall möchte ich hinweisen. Das *Brodmann*sche Schläfenlappenfeld 42 zeigt nach *E. Beck* bei dem soeben erwähnten Intellektuellen gegenüber einem anderen Hospitalkranken nicht nur eine wesentlich größere Ausdehnung der Felder, in welche wir *Brodmann*s Feld 42 einteilen, sondern es kommt bei dem Intellektuellen noch ein ganz neues Feld hinzu.

Nachdem wir uns so von der physiologischen Bedeutung architektonischer Differenzen überzeugt haben, möchte ich auf ein spezielles architektonisches Problem zurückkommen. Ich habe schon bei der vorhergehenden Demonstration wiederholt gezeigt, daß das einzelne Rindenfeld in seiner ganzen Ausdehnung nicht absolut gleichmäßig gebaut ist. Wir haben ferner in der *Area gigantopyramidalis* Unterfelder kennengelernt, welche die gleiche qualitative Funktion haben und nur durch ihre somatotopischen Besonderheiten verschieden sind. Ich möchte nun die Frage untersuchen, ob wir heute über ein solches Können verfügen, daß wir mit weitgehender Sicherheit physiologisch qualitativ ungleiche Rindenfelder architektonisch voneinander abzugrenzen vermögen. Ich wähle als Beispiel ein Gebiet, dessen Felderung anderen Autoren und uns selbst besonders schwer gefallen ist: die *Ammonsformation*. Und zwar wollen wir uns auf ihren ventralen, vom Splenium des Balkens bis auf den Uncus ziehenden Hauptabschnitt beschränken. Studieren wir die myeloarchitektonischen, cytoarchitektonischen und fibrilloarchitektonischen Verhältnisse beim Menschen und ziehen wir noch die menschliche Cytogenie und vergleichend-architektonische Befunde heran, so drängt sich uns eine Felderung in 5 Hauptabschnitte auf: in ein dem Praesubicu-

lum angelagertes Subiculum, einen ersten Sektor des eigentlichen Ammonshorns h^1, einen zweiten Sektor h^2, einen dritten, in drei Unterfelder teilbaren Sektor h^3 und endlich die *Fascia dentata.*

Nun hat schon vor langer Zeit *Sommer* darauf hingewiesen, daß bei der Epilepsie die zuerst von *Meynert* beobachtete Ammonshornsklerose an einer bestimmten Stelle läge, die wir als *Sommer*schen Sektor bezeichnen wollen. Und es hat dann *Bratz* darauf aufmerksam gemacht, daß an zweiter Stelle die Zellen zugrunde gehen, welche den Hilus der Fascia dentata erfüllen. Wir wollen diesen Abschnitt den *Bratz*schen Sektor nennen. Nachdem wir zu der oben erwähnten Felderung der Ammonsformation gelangt waren, mußte sich uns bei einer Vergegenwärtigung der ungefähren Lage des *Sommer*schen und des *Bratz*schen Sektors die Frage aufdrängen, ob nicht der *Sommer*sche Sektor mit unserem Sektor h^1 und der *Bratz*sche mit unserem Sektor h^3 zusammenfiele. Ein überraschend präzises Zusammenfallen wird nun zunächst an einer Reihe von Präparaten demonstriert. Sie betreffen Epilepsie, progressive Paralyse, den *Ranke*schen Fall von Schizophrenie, amaurotische Idiotie und *Huntington*sche Chorea. Es entstand nun die Frage, worauf diese lokalisierte Erkrankung der beiden Sektoren beruht. Differenzen in der Gunst der Zu- oder Abfuhr der Nährsäfte, der Auswirkung von Hirndruckserscheinungen oder anderen grob mechanischen Verhältnissen können wir dabei ausschalten. Steht doch der am leichtesten erkrankende Sektor h^1 in seinen einzelnen Abschnitten unter ungleichen derartigen Verhältnissen! Wir müssen deshalb den spezifischen Bau der einzelnen Sektoren für ihre Vulnerabilität verantwortlich machen, wobei das Spezifische nicht ausschließlich im nervösen Parenchym, sondern auch in der feineren Struktur der Glia und des Gefäßsystems zu suchen ist. Eine so bedingte Vulnerabilität bezeichnen wir als *Pathoklise.*

Ähnliche Ideengänge bezüglich der Verursachung der von ihm bei seinen Vergiftungsversuchen wie auch bei künstlichen Kreislaufstörungen beobachteten örtlichen Lokalisationen der Zellveränderungen innerhalb des Zentralnervensystems hat *Nißl* [1]) gerade vor einem Menschenalter in diesem Verein geäußert. Er hat dabei aber des weiteren noch ausgeführt, daß die Möglichkeit, mit Hilfe von Giften oder Kreislaufstörungen „Systemerkrankungen" im Nervensystem hervorzurufen, dereinst die feinste physiologische Methode für die Erkennung der Funktionen der einzelnen nervösen Einheiten werden könnte. Für unsere augenblicklichen Probleme bedürfen wir nicht der letztlichen Aufdeckung der Funktionen der einzelnen architektonischen Rindenfelder, sondern nur des Nachweises einer physiologischen Differenz. Hier scheint uns die als „Systemerkrankung" erkannte Uni- oder Bisektorenerkrankung der Ammonsformation den Beweis zu liefern, daß eine Kombination der verschiedenen architektonischen Forschungswege auch in schwer abgrenzbaren Gebieten zu der

[1]) Wir haben *Nißl* in unseren bisherigen Arbeiten in diesem Zusammenhang nicht erwähnt, da wir mit anderen Autoren der Ansicht waren, daß *Nißl* seine Anschauungen aufgegeben hatte. Inzwischen hat mir aber *Spielmeyer* mitgeteilt, daß das für subakute maximale Schädigungen nicht gelte.



in unseren ganzen architektonischen Forschungen angestrebten physiologischen Felderung führen kann.

Diese Deutung der Ammonshornsklerose als „Systemerkrankung" führt uns nun aber zu der weiteren Frage, wieweit „Systemerkrankungen" im Zentralnervensystem verbreitet sind und speziell auch als Grundlage für Psychosen erkannt oder wenigstens vermutet werden können.

Wir kommen damit zu Problemen der Pathoarchitektonik. Diese stützt sich wie die normale Architektonik vornehmlich auf Schnittserien. Sie muß daher auf einige histologische Färbemethoden verzichten und damit auf die Feststellung gewisser Anfänge der Erkrankung und gewisser histogenetischer Einzelheiten. Es muß aber immerhin betont werden, daß auch die Schnittserien in den überhaupt dazu geeigneten Fällen mehr Einblicke in die Histogenese gewähren, als einzelne Histopathologen annehmen. Dafür gewährt uns aber die Pathoarchitektonik eine genaue Übersicht über die Topik der pathoarchitektonisch greifbaren Veränderungen. Diese letzteren decken sich aber nicht nur in der Hauptsache mit jenen Veränderungen, welche überhaupt zu klinischen Symptomen führen, sondern sie gewähren uns auch in ausreichendem Maße die für unsere heutigen Betrachtungen so wichtigen Einblicke in die Gesetzmäßigkeit der Topik der krankhaften Veränderungen.

Ich möchte hier nun zunächst eine nomenklatorische Bemerkung einschalten. Ich möchte den Begriff der „Systemerkrankung" durch den der „Erkrankung der topistischen Einheit" ersetzen, da manche Autoren mit dem Begriff der Systemerkrankung einen solchen langer Fasersysteme verbinden. Unter „topistischen Einheiten" möchte ich dann weiter jede Vereinigung von nervösem Parenchym und dem zugehörigen gliösen und mesodermalen Gewebe verstanden wissen, welche durch eine funktionelle Besonderheit charakterisiert ist. Von suprazellulären topistischen Einheiten bildet eine Area oder eine ihrer Laminae eine monotope topographische topistische Einheit. Die *Purkinje*schen Zellen sind eine monotope systematische Einheit. Die an Aufbaueisen reichen Grisea, wie das Pallidum, der rote Abschnitt des Nigrum und das Dentatum, würden auch zu einer bestimmten polytopen topistischen Einheit gehören, wenn ein reiches Vorhandensein von Aufbaueisen auf ein gemeinsames physiologisches Merkmal hinweist. In dem Maße, wie architektonische Gemeinsamkeiten funktionelle zum Ausdruck bringen, bilden derartige Gemeinsamkeiten topistische Einheiten. So zweifle ich nicht daran, daß die oben schon erwähnten gleichen Besonderheiten, welche ungleiche Felder auf dem Culmen und im Fundus der Sulci zeigen, gemeinsame physiologische Eigenheiten zum Ausdruck bringen. Ist das der Fall, dann kann man auch Culmina einerseits und Fundi andererseits zu topistischen Einheiten zusammenfassen.

Es ist nun neuerdings ein „vasaler Faktor" als ortsbestimmende Ursache lokalisierter Erkrankungen unserem pathoklinen Faktor gegenübergestellt worden.

Störungen der Säftezufuhr oder -abfuhr können — wie schon *Nißl* in seinen Experimenten gefunden hatte — die auslösende Ursache lokalisierter pathologischer Prozesse sein. Soweit epileptische Anfälle durch Änderung der Blutzirkulation deletär auf die Hirnsubstanz einwirken,

möchte ich persönlich dabei die Hauptschädigung nicht in der kurzen präparoxysmalen arteriellen Anämie, sondern in der paroxysmalen und postparoxysmalen venösen Stase erblicken. Nun kenne ich aber bisher keine auf eine monotope topistische Einheit beschränkte Besonderheit in der Zu- oder Abfuhr der Körpersäfte, welche bei einer diffuseren Störung sich lokal besonders bemerkbar machen könnte. Soweit monotope topistische Erkrankungen vorkommen, muß bei grobmechanischen Störungen der Ernährung eine besondere Vulnerabilität der betreffenden topistischen Einheit den ortsbestimmenden Faktor darstellen.

Ebensowenig bin ich aus allgemein-biologischen Überlegungen heraus geneigt, in einer Ungleichheit des Kapillarnetzes einen ortsbestimmenden Faktor für einen lokalisierten Krankheitsprozeß zu sehen.

Dagegen kann ich mir folgendes sehr gut vorstellen. Die Sonderfunktion einer topistischen Einheit muß eine Sonderform ihres Stoffwechsels zur Folge haben. Diesem speziellen Stoffwechsel kann sich auch der feinere Bau der Blutgefäße angepaßt haben. In einer solchen Tatsache sehen wir z. B. die Ursache für einen von *Bielschowsky* beobachteten und von mir bereits in Halle 1924 demonstrierten Fall, in welchem eine schwere Sklerose der Kapillaren fast ganz auf eine Unterschicht eines einzigen Rindenfeldes, nämlich die *IVc* der *Area striata*, beschränkt ist.

Ich halte also an einer weitgehenden, in ihrem Bau begründeten differenten Vulnerabilität der topistischen Einheiten fest und sehe in der gesteigerten Vulnerabilität einzelner Einheiten die Grundlage zur Typisierung der Erkrankung. Dabei würde aber eine solche praktisch auch dann zustande kommen, wenn der vasale Faktor eine Rolle spielte und nur annähernd auf bestimmte topistische Einheiten beschränkte Erkrankungen zur Folge hätte.

Welche Bedeutung schreibe ich nun den vorstehend geschilderten Tatsachen und aus ihnen gezogenen Schlußfolgerungen zu?

Das wissenschaftlich wichtigste Ziel der Psychiatrie ist eine kausale Erklärung der psychotischen Symptome. In dem Maße, wie die Psychiatrie dieses Ziel erreicht, wächst sie über ihre spezialwissenschaftliche Bedeutung hinaus und wird zu einer Erkenntnisquelle für die kausale Begründung unseres normalen Bewußtseinslebens. Unter den Bedingungen der psychotischen Symptome spielen meiner Auffassung nach die somatischen die Hauptrolle. Dementsprechend liegt die künftige normalpsychologische Bedeutung der Psychiatrie vor allem darin, daß die letztere als eine Pathophysiologie der psychotischen Erscheinungen eine der wichtigsten Erkenntnisquellen für die physiologischen Bedingungen unseres Seelenlebens bilden wird.

Was nun die Aussichten einer Pathophysiologie psychotischer Symptome anbetrifft, so sei darauf hingewiesen, daß es in verhältnismäßig kurzer Zeit möglich gewesen ist, eine gewisse Pathophysiologie der *striären* Erkrankungen zu schaffen. Es lag dieses daran, daß wir nicht nur die erkrankten Neurone, sondern auch ihre Leitungsverbindungen wenigstens bis zu einem gewissen Grade aufdecken konnten. Voraussetzung war aber zunächst die Erkennung der erkrankten Neurone. Zur Zeit, wo *Wernicke* versuchte, von anatomischen Ideen aus eine Psychiatrie kausal zu be-

gründen, unterschied man — wie schon oben erwähnt — annähernd ein Dutzend großer Rindenterritorien. Heute können wir zu systematischen Einheiten vordringen, welche im Cortex von einer einzigen Neuronart einer Unterschicht eines Feldes gebildet werden. Analoges gilt vom Subcortex. Und weiter läßt sich jede pathoarchitektonische Veränderung einer solchen Einheit aufdecken. Soweit solche Veränderungen psychotische Symptome veranlassen, können wir also schon heute die beteiligten Neurone erkennen. Damit machen wir den ersten Schritt auf dem Wege zu einer Pathophysiologie der Psychosen.

Dieser erste Schritt hat aber noch eine weitere Bedeutung für die Psychiatrie. Schon seit langer Zeit erstrebt man in der „allgemeinen Psychiatrie" eine Einteilung der Krankheitserscheinungen. Man geht von verschiedenen „psychischen Sphären" aus, und man ist bemüht, innerhalb dieser elementare Symptome und aus mehr oder weniger solchen zusammengesetzte Syndrome zu unterscheiden. Man stützt sich dabei auf lokalisatorische Vermutungen und normalpsychologische Analysen. Die Aufdeckung des pathologisch-anatomischen Substrats der zu klassifizierenden psychotischen Erscheinung gewährt eine feste Basis, wenn sie auch zu einer Einteilung führt, welche von den bisher versuchten vielfach sehr verschieden ist. Wenn z. B. in einem Krankheitsfalle Photome und in einem anderen Bildhalluzinationen beobachtet werden, so wird die heutige Klinik unter dem Einfluß der analysierenden Normalpsychologie die Neigung haben, in den Photomen ein elementares Symptom, in der Bildhalluzination ein dieses elementare Symptom mit umfassendes komplexes Syndrom zu erblicken. Und ich sehe auch keine Möglichkeit, wie die klinische Psychiatrie zu einer anderen Auffassung gelangen sollte. Wenn nun aber, wie wir oben gesehen haben, *Foerster* das Photom als psychisches Symptom eines Reizzustandes der Felder 17 und 18 und die Bildhalluzination als solches desjenigen des Feldes 19 nachweist, dann gelangen wir zu einer ganz anderen und gleichzeitig zu einer präzisen Wertung: beide Formen von Gesichtserscheinungen erweisen sich als gleichwertige Ausdrücke identischer pathologischer Funktionsbedingungen differenter Rindenfelder. In dieser Weise vom Standpunkte der Topistik die psychiatrische Symptomatologie durchzuarbeiten, scheint mir auf Grund unseres heutigen architektonischen Wissens und Könnens theoretisch möglich und praktisch wertvoll.

Ein spezielleres Problem ist ein pathologisch-anatomisches: nämlich die Frage, ob bei Krankheitsprozessen, welche bald diese, bald jene topistische Einheit zuerst befallen, eine besondere, architektonisch erkennbare Konstitution der im Einzelfall erkrankenden topistischen Einheiten — etwa eine Hypoplasie — vorliegt. Diese Frage ist mit unserer heutigen Methodik sicher vielfach zu lösen. Diese Lösung würde uns vom anatomischen Standpunkt verständlich machen, warum in der gleichen Familie verschiedene polytopische Erkrankungen zu einem sehr ähnlichen Symptomenbilde führen, d. h. in dieser Familie die gleiche Lokalisation annehmen können.

Noch ein viertes Problem scheint uns schon durch die heutige Architektonik wesentlich gefördert werden zu können. Wir sehen in der pathologischen Anatomie das wichtigste Merkmal auch für die psychischen Er-

krankungen. Wir stehen auf diesem Standpunkte nicht nur, weil uns die pathologische Anatomie eine objektivere Tatsachenfeststellung gestattet, als es uns die psychopathologische Untersuchung zu ermöglichen scheint. Die pathologische Anatomie ist vielmehr auch ein unverfälschter Ausdruck der vorliegenden Erkrankung, während die klinische Symptomatologie stets von der Qualität des gesund gebliebenen Teils des Gehirns beeinflußt oder — anders ausgedrückt — in ihrer Spezifizität getrübt wird. Soweit die Qualität eines Gehirns sich architektonisch erfassen läßt, kann heute bereits ein Verständnis für die individuelle Einwirkung des gesund gebliebenen Gehirnteils angebahnt werden.

Aber das, was ich bisher ausgeführt habe, ist für den Moment noch Zukunftsmusik. In einer anderen Frage scheint mir dagegen die normale und pathologische Architektonik bereits heute eine definitive Antwort zu geben. Ein Hauptziel der Wissenschaft ist bekanntlich, künftiges Geschehen vorauszusehen, für Krankheiten die Prognose und ihre therapeutische und prophylaktische Beeinflußbarkeit voraussagen zu können. Eine ganz einwandfreie Grundlage dieser Erkenntnis ist nur ein Einblick in die momentan wirksamen und in die später einwirkenden Kräfte. Von diesem Einblick sind wir noch — speziell in der Psychiatrie — überaus weit entfernt. Da ist es nun von ungeheurer Wichtigkeit, daß wir eine andere Möglichkeit haben, Schlüsse auf die weitere Gestaltung einer Krankheit zu ziehen: nämlich die Analogie mit Krankheiten, die wir als der vorliegenden Krankheit gleichartig betrachten. Hier entsteht nun natürlich — wie überall in der Medizin — die Frage, wieweit wirklich absolut gleichartige Krankheiten vorkommen, wieweit es *Krankheitseinheiten* mit gleicher Prognose und gleicher therapeutischer und prophylaktischer Beeinflußbarkeit gibt. Diese Frage ist speziell in der Psychiatrie bis auf den heutigen Tag von hervorragenden Autoren verneint worden.

Von einer höheren biologischen Warte betrachtet, sind die Krankheiten nichts anderes als eine besondere Art von Variationen. Wir sind meiner Ansicht nach also berechtigt, allgemeine induktive Feststellungen in bezug auf die Variationen der Tier- und Pflanzenspezies deduktiv auch auf die Krankheiten zu übertragen. Nun ergibt aber die phänotypische Analyse der Tier- und Pflanzenvariationen, daß die Tier- und Pflanzenspezies in zahlreiche reelle Untergruppen zerfallen. Die experimentelle Untersuchung der Entstehung und der Erhaltung der letzteren zeigt dann weiter, daß diese meist genetisch nicht einheitlich sind, sondern sich noch in kleinere ätiologisch gleichartige Sippen gliedern lassen. Eine erneute, sehr eingehende phänotypische Analyse dieser Sippen lehrt dabei noch, daß sie oft durch kleine, zunächst unbemerkt gebliebene phänotypische Merkmale charakterisiert sind. Daraus müssen wir deduktiv schließen, daß es in der Psychiatrie phänotypisch nahe verwandte Krankheitsgruppen gibt, daß diese in ätiologische Krankheitseinheiten zerfallen und daß letztere bei feinster phänotypischer Analyse oft noch kleine Besonderheiten zeigen.

Es entsteht nun aber weiter die Frage, ob die phänotypischen Merkmale der psychiatrischen Krankheitsgruppen sich auch auf psychotische Symptome beziehen, so daß man aus der klinischen Symptomatologie im Rahmen des phänotypisch Möglichen die Diagnose machen kann. Dieses

muß in dem Maße der Fall sein, als 1. ein psychotisches Symptom an eine ganz bestimmte Lokalisation gebunden ist, und 2. die einzelnen Krankheitsgruppen durch bestimmte Lokalisation des Krankheitsprozesses charakterisiert sind. Das Gebundensein des psychotischen Symptoms an eine bestimmte Lokalisation scheint mir aus meinen Ausführungen mit zwingender Notwendigkeit hervorzugehen. Und ebenso haben unsere Studien uns davon überzeugt, daß bestimmte Gehirnpartien bei verschiedenen oder bei einer bestimmten Ursache zur Erkrankung besonders disponiert sind. So wird eine weitgehende psychiatrische Klassifikation auf Grund der klinischen Symptomatologie möglich.

Diskussion. — a) *C. von Economo*: Die schönen Bilder und Auseinandersetzungen im Referate Prof. *Vogts* haben uns einen guten Einblick gegeben in einzelne wenige vom Ref. speziell bearbeitete Kapitel der Cytoarchitektonik, dieses jüngsten Zweiges der Hirnanatomie, welcher eine sehr umfangreiche Wissenschaft für sich darstellt, wenn anders man eine Wissenschaft jung nennen kann, welche vor ungefähr 60 Jahren von dem Altmeister *Meynert* und *Betz* inauguriert worden ist und an der seither eine ununterbrochene Reihe deutscher und ausländischer Forscher gearbeitet hat, bis dieselbe nun vor kurzem zu einem gewissen Abschluß gekommen ist (siehe u. a. „Die Cytoarchitektonik der Großhirnrinde des erwachsenen Menschen", Verlag H. Springer, Berlin 1925).

Jung ist aber dieser Zweig der Anatomie für uns Psychiater insofern, als man sich gerade in den letzten Jahren anschickt, seine nunmehrigen Ergebnisse auch für die pathologische Anatomie der Psychosen, vielleicht auch für die Ausarbeitung der anatomischen Grundlagen der individuellen psychischen Anlagen zu verwerten — obschon auch hierin der erste Schritt vor mehr als 30 Jahren von *Hammarberg* gemacht wurde.

I.

Nun, m. H., gerade in einem solchen Augenblicke, da die Resultate eines solchen bislang mehr theoretischen Faches ihre Anwendung auf praktischem Gebiete finden sollen, ist es eminent wichtig, daß gewisse, durch den Gebrauch einmal festgelegte Einteilungsprinzipien, Nomenklaturen usw. nicht unnötigerweise geändert werden, da dies auf die Verständigung sehr störend wirkt. Wir wollen gern anerkennen, daß jede „Einteilung" bloß von uns in die Natur hineingetragen, nur ein willkürlicher Raster ist, den wir zur Verständigung über die Objekte legen, der daher Änderungen nach dem persönlichen Geschmack immer unterliegen wird. Aber dieser bedauerliche Umstand sollte unserer Ansicht nach gerade der Anlaß sein, eine einmal allgemein angenommene Einteilung ohne zwingende wichtige Gründe nicht zu ändern.

Allen Untersuchern war es von jeher aufgefallen, daß die Hirnrinde eine schichtenweise Anordnung ihrer Bauelemente zeigt und die ersten Forscher teilten sie in 3, 5, 7, seltener auch in 8 und 10 Schichten ein. Seit *Bevan Lewis* und *Hammarberg*, d. h. seit 30 bis 40 Jahren, pflegt man die Hirnrinde nach der Hauptzellform der einzelnen Lagen in 6 von außen nach innen numerierte Schichten einzuteilen: I. Molekularschicht, II. ä. Körnerschicht, III. Pyramidenschicht, IV. i. Körnerschicht, V. ganglionäre Schicht, VI. Spindelzellenschicht. Dieser Einteilung haben sich

in letzter Zeit alle Forscher angeschlossen, insbesondere *Brodmann* und speziell auch *Vogt*, der sie sogar auf die Myeloarchitektonik übertrug und auch ich in dem großen Werk über die Cytoarchitektonik der menschlichen Hirnrinde. Die feinere Unterteilung, die sich im Laufe der weiteren Studien ergab, wurde so durchgeführt, daß man z. B. die III. Schicht in III a, b und c einteilte, die V. in a und b und die VI. in a und b und nicht etwa dadurch, daß man diese neuen Schichten nochmals umnumerierte. Speziell die Einteilung der VI. Schicht in eine VI a und VI b Schicht, welche beide aus Spindelzellen bestehen, die bloß in ihrer Übergangszone zum Mark, d. h. in VI b weniger dicht zu einander stehen, stammt gerade von *Brodmann* und von *Vogt*. Nun bezeichnet aber *Vogt*, wie wir heute gehört haben, die VI b als VII. Schicht. Cytomorphologisch ist kein genügender Anlaß dazu, da, wie gesagt, für beide Lagen vorwiegend dieselben Spindelformen charakteristisch sind. *Vogt* sagt anderwärts, daß embryologische Studien ihn zu dieser Umbezeichnung der VI b Schicht geführt haben. *Brodmann* hat aber dem sechsschichtigen Grundtypus gerade durch dieselben embryologischen Studien eine tektogenetische Begründung geben wollen — man spricht seitdem vom *Brodmann*schen sechsschichtigen tektogenetischen Grundtypus. Einer solchen Begründung bedurfte der unbestrittene Aspekt der aus verschiedenen Zellen bestehenden sechs Schichten *B. Lewis*' und *Hammarberg*s eigentlich gar nicht; aber nun zeigt es sich, daß dieses lobsame Bestreben *Brodmann*s auch schon im Prinzip unrichtig war, nachdem dieselbe Schule, die das propagiert hat, auf Grund gerade derselben embryologischen Studien nun einen *Vogt*schen siebenschichtigen tektogenetischen Grundtypus aufstellt; und wird uns nicht auf derselben tektogenetischen Grundlage vielleicht bald ein acht- oder mehrschichtiger Typus beschert werden? Die unangenehmen Folgen für die Praxis sind unmittelbar einleuchtend; solche Beispiele finden zu leicht Nachahmer und es wird bald jemand die III b Unterschicht als IV., die III c als V. bezeichnen, dann wird die heutige IV zur VI, die VII von *Vogt* wird zur IX. werden usw. Wenn es dann in einem pathologischen Fall heißen wird, die IV. Schicht ist erkrankt, wird niemand mehr wissen, welche Schicht gemeint ist. Die Cytoarchitektonik ist, wie gesagt, kein Neuland mehr, ihre Grundlagen sind durch Bücher, Bilder und Atlanten gesichert und fest; nur ein neuer und zwingender Grund ließe es plausibel erscheinen, solche Änderungen vorzunehmen. Da aber weder cytomorphologisch noch tektogenetisch ein genügend wichtiger, neu hinzugekommener Grund vorhanden ist, um die alten Bezeichnungen umzutaufen, ist es auch gerade für den Praktiker höchst erwünscht, diese neueste willkürliche Umnumerierung zu unterlassen und bei den alten sechs Schichten von *Baillarger*, *B. Lewis*, *Hammarberg*, *Brodmann*, *Vogt*, mir und vielen anderen zu bleiben!

II.

Auf noch einen praktisch wichtigen Umstand muß ich hier aufmerksam machen. Prof. *Vogt* hat hier wiederholt von den haarscharfen Grenzen der Areae gesprochen Nun, m. H., im relativ kleinen Gebiete des Riechhirns und an dessen Rand sind die arealen Grenzen wohl scharf;

im übrigen Großhirn jedoch kommen nur noch an ganz vereinzelten Stellen, so z. B. im Gebiete der Calcarina oder auf dem Fuß der 3. Stirnwindung, haarscharfe Grenzen vor; im weitaus größten Teile des Hemisphärenmantels dagegen, der Sie als Psychiater vor allem interessiert, wären Sie schwer enttäuscht, wenn Sie nach scharfen arealen Grenzen suchen, oder gar wenn Sie etwa das natürliche Fehlen derselben als pathologisch ansehen würden. Beim menschlichen Gehirn ist der Übergang der Areae ineinander größtenteils ein allmählicher und ein auch für die einzelnen Schichten verschiedener; und zwar kann das Übergangsgebiet sowohl mehrere Millimeter als auch vielmehr z. B. auch ganze Windungszüge, betragen; so ist beispielsweise im menschlichen Frontalhirn der Übergang von den körnerlosen hinteren zu den körnerreichen vorderen Partien ein so allmählicher, daß man diese mehrere Zentimeter breite Partie als eine eigene Area intermedia FC (*Brodmanns* Feld 8) bezeichnet; ferner reichen z. B. die für den Okzipitallappen so charakteristischen großen Pyramidenzellen seiner V. Schicht weit frontal in die typischen Parietalbildungen herein. — Auch bei kleinen Säugern ist dies sogar nach Angabe Dr. *Roses* aus der *Vogt*schen Schule selbst der Fall, da er S. 454 der entsprechenden Arbeit sagt: „Es sei nochmals besonders betont, daß die Grenzen der Einzelareae nur selten wirklich linear scharf hervortreten", und er spricht weiter selbst von Überlagerung von Typen und deren Mischung. *Rose* hat darin auch vollkommen recht; die Areae differenzieren sich ja erst mit ihrem spezifischen Charakter aus dem sechsschichtigen gemeinsamen Grundtypus; so unterscheiden wir beim Menschen im Gebiete der hinteren Zentralwindung vier bis fünf Areae, die bei Tieren meist noch nicht voneinander so gründlich differenziert sind, sondern bloß eine bis zwei Areae, bei der Fledermaus aber sogar mit der oberen Parietalarea zusammen nur eine einzige gemischte Area bilden. Der Grad der Differenzierung bedingt aber natürlich die Schärfe der Abgrenzung gegen die Umgebung. Interessant ist nun, daß der Grad der Differenzierung nicht nur bei verschiedenen Tiergattungen ein verschiedener ist, sondern wir können beim menschlichen Gehirn auch individuelle Unterschiede der Differenzierung erkennen. So konnten wir z. B. nachweisen, daß die für die sensorischen Rindengebiete so charakteristische Verkörnelung der meisten Rindenelemente in der primären Tastsphäre, Area PB (*Brodmann* s. Feld 1), in der Vorderwand der centralis posterior individuell recht verschiedene Grade erreicht, daher die Lage und die Schärfe ihrer Grenze eine individuell sehr verschiedene ist. Auch für die primäre Hörsphäre auf der Heschl I gilt etwas ganz Ähnliches.

III.

Da ich das Wort sensorische Rinde gebraucht habe, möchte ich hier kurz einfügen, daß trotz der immer weitergehenden Erkennung von neuen Areae (bis jetzt schon weit über 100) sich doch der Bau derselben in gewisse größere Gruppen bringen läßt; ich unterscheide fünf solche Bautypen, und zwar 1. den agranulären Pyramidentypus, 2. den (frontalen) granulären Pyramidentypus, 3. den (granulären) Parietaltypus, 4. den Polartypus, 5. den granulösen, d. h. verkörnelten Typus, welch letzteren ich Koniokortex nenne. Es ist naheliegend anzunehmen, daß diese Typen

eine gewisse physiologische Bedeutung haben dürften. Das Vorkommen des Koniokortex (Typus 5) im Gebiet der primären Sehsphäre, der Tastsphäre und der Hörsphäre (auch der Riech- und Geschmacksphäre), erweist die sensorische Bedeutung desselben; ebenso läßt das Vorkommen des agranulären Pyramidentypus (Typus 1) in der vorderen Zentralwindung diesen als motorischen oder wenigstens als efferenten Rindentypus erscheinen. Über die Bedeutung der anderen drei Typen kann man bloß Vermutungen aussprechen. (Es werden die entsprechenden Bilder projiziert.)

IV.

Doch sind sicherlich mit diesen fünf Typen nicht alle Bauarten der Rinde erschöpft; so habe ich z. B. zeigen können, daß an der Grenze zwischen einer sensorischen Area (Koniokortex) und der nächst angrenzenden Area von gewöhnlichem Bau sich meistens eine schmale Zone befindet, welche durch besonders auffallend große Pyramidenzellen in der III c Lage ausgezeichnet ist. Die physiologische Bedeutung dieses Vorkommnisses ist noch nicht klar; mit Rücksicht auf die efferente Funktion solcher bis zur Riesengröße reichenden Zellen vermute ich wegen der engen Beziehung dieser Formation zur sensorischen Rinde, daß ihr gewissermaßen als physiologische Aufgabe die Einstellung auf den Reiz zufallen dürfte. Diese Zonen nenne ich parasensorische Zonen. Um die Calcarina bilden diese Riesenzellen direkt einen schmalen Kranz, den ich limes parastriatus gigantopyramidalis genannt habe. (Es werden die entsprechenden Mikrophotographien gezeigt.)

V.

Nicht sehr glücklich finde ich — und ich glaube, daß jeder, der die Cytoarchitektonik in ihren praktischen Anwendungen versuchen will, der gleichen Ansicht sein wird — die in den letzten Jahren von *Brodmann* und *Vogt* eingeführte Bezeichnung der einzelnen Areae mit arabischen Ziffern. Da doch fortlaufend neue Areae dazukommen, wird die eine Ziffer auf eine Area des Temporallappens, die nächste ganz ans andere Ende des Hirnes fallen. Deshalb habe ich die Areae außer mit ihren lateinischen Namen, statt mit Ziffern, mit einem zweistelligen Buchstabensymbol bezeichnet; der erste Buchstabe F, T, P, O, I, L oder H bezeichnet einen der sieben Hirnlappen, also Frontal-, Temporal usw., wodurch schon ein Lokalzeichen gegeben ist, und der zweite Buchstabe A, B, C usw. (also FA, FB . . .) bezeichnet fortlaufend die Areae dieses Lappens. Weitere Unterareae, die sich durch fortgesetzte Studien ergeben sollten, können als FA 1, FA 2 usw. kenntlich gemacht werden, so daß man auch für die Zukunft stets ungefähr schon aus dem Symbol den Ort der Area merken kann. Dieses System ist entschieden viel praktischer, und ich sehe mit Freude, daß es sich vielfach einbürgert.

VI.

Das Studium der architektonischen Felderung der Rinde hat das Studium des Verlaufes der Hirnwindungen in den letzten Jahren ganz

in den Hintergrund treten lassen; man war geneigt, da die Grenzen der Areae zum größten Teil nicht mit dem Furchen- oder Windungsverlauf zusammenfallen, den letzteren als bedeutungslos anzusehen. Dies scheint mir unrichtig zu sein. Gerade das Studium des Windungsverlaufs sollte jetzt bei voller Kenntnis der Architektonik wieder in Angriff genommen werden. Die Windung ist nämlich nicht als ein zufälliges Faltungsgebilde aufzufassen, sondern gewissermaßen als ein Organ, daß sich aus mindestens zwei physiologisch nicht gleichwertigen Teilen zusammensetzt, und zwar aus den beiderseitigen Wänden, in denen die äußeren Hauptschichten überwiegen, d. i. die reizempfangenden und assoziativen und aus dem Kuppenteil, in welchen die inneren Hauptschichten überwiegen, d. sind die efferenten Lagen. Also wäre die Windung ein Organ, dessen Wände den Reiz aufnehmen, dessen Kuppe vor allem den Effekt nach abwärts und außen abgäbe. Da nun eine Windung mehrere Areae durchzieht, verbindet sie dieselben gleichsam zu einer effektorischen Einheit. Derart aufgefaßt, wäre dann der Windungsverlauf, der so große individuelle Eigenheiten aufweist, keine bloße Nebensächlichkeit, sondern indem er bei verschiedenen Individuen verschiedene Areae verschieden eng miteinander verbindet, wirkt es mitbestimmend bei dem individuellen Aufbau der Persönlichkeit, und sein Studium erscheint daher erneuter Anstrengungen wert.

VII.

M. H., trotz der vielen Verschiedenheiten zwischen Prof. *Vogts* und meinen Anschauungen, wie sie sich bei Forschern, die auf ein und demselben Gebiete arbeiten, natürlich ergeben, schätzt, glaube ich, kaum jemand die Lebensarbeit *Vogts* höher als ich. Dieses Gefühl möchte ich zum Schluß in eine Bitte kleiden. Die Cytoarchitektonik ist heutigentags bereits soweit in Büchern und Atlanten eingehend ausgearbeitet, daß sie ohne vieler Änderungen zu bedürfen, unmittelbar aus der Hand der Anatomen schon zur praktischen Verwertung in die Hand des Psychiaters übergehen kann. Dagegen bildet die Myeloarchitektonik einen anderen ebenso bedeutenden Teil der feineren Rindenanatomie, der einer endgültigen einheitlichen Durcharbeitung zu seiner praktischen Verwertbarkeit bedarf. Nun gibt es aber niemanden, der derartige Kenntnisse und Vorarbeiten gerade auf diesem speziellen Gebiete der Myeloarchitektonik besitzt, wie der heutige Referent, Prof. *Vogt*; hat er doch schon große Teile des Frontal-, Parietal- und Temporalhirns und noch mehr diesbezüglich bearbeitet. Ich glaube einem Wunsche sehr vieler Psychiater zu entsprechen, wenn ich an ihn das Ersuchen richte, uns möglichst bald eine abgeschlossene Myeloarchitektonik der menschlichen Hirnrinde, womöglich mit einem Bilderatlas zu geben, auf daß wir dann alle wichtigen normalen Grundlagen besitzen zu einer feineren pathologischen Bearbeitung der Hirnrinde.

b) *M. Rose*-Berlin: Die Regio praepyriformis, die Regio entorhinalis und die Ammonsformation stellen bei den niederen Vertebraten einheitlich gebaute Primitivorgane dar, welche sich bei den Säugetieren in mehrere Einzelareae (Partialorgane) gliedern. So weist die Regio praepyriformis bei den Vögeln und Reptilien nur ein einziges

einheitlich gebautes Feld dar. Bei den Säugetieren entwickeln sich hier etwa neun Felder. Die bei den Vögeln einheitlich gebaute entorhinale Region, welche dem Gyrus hippocampi der höheren Säuger entspricht, gliedert sich bei den niederen Säugetieren in etwa 3, beim Hunde in 8, bei den Halbaffen in 11, beim Mantelpavian in 14 und beim Menschen in 23 Einzelareae. Auch die Ammonsformation, welche bei den Vögeln ein einheitlich gebautes Primitivorgan darstellt, teilt sich bei den Reptilien in 2 und bei höheren Säugetieren in 7 Einzelareae. Alle Areae setzen sich, wie das *C.* und *O. Vogt* physiologisch postuliert haben, von den niederen Vertebraten bis zum Menschen scharf voneinander ab.

Innerhalb der Hirnrinde bilden sich demnach auf Grund örtlich ungleichartiger Differenzierungsvorgänge zahlreiche und tiefgreifende Strukturverschiedenheiten. Es kommt auf diese Weise zur Entwicklung von Rindenfeldern, welche in sich einheitlich gebaut sind und von den angrenzenden Rindenfeldern wesentlich differieren. Bei niederen Tieren gibt es wenige „Primitivorgane" (*Gegenbaur*) darstellende Rindenfelder. Durch weitere Differenzierung zerfallen dieselben in zunehmend mehr scharf begrenzte Einzelareae.

c) *Beck*-Berlin: Demonstration von Diapositiven myeloarchitektonischer Felder vom Pol, vom Gyrus superior inkl. *Heschl*scher Querwindung des Schläfenlappens.

Überall werden die scharfen Grenzen gezeigt und es wird betont, daß ihr Erkennen unabhängig ist von der Schnittrichtung. Die Demonstration der Areae der I. *Heschl*schen Querwindung, in welcher Gegend *v. Economo* und *Koskinas* ihre Areae supratemporalis simplex und granulosa (TB und TC) fanden, gibt Anlaß zur Lehre dieser Forscher Stellung zu nehmen, nach der TB und TC durch ein Feld TBC, das also gewissermaßen eine Mischung beider Rindentypen darstellen würde, ersetzt werden könne.

Ich habe in allen bisher untersuchten Gehirnen (22 Hemisphären) alle im Schläfenlappen unterschiedenen Felder mit den für sie charakteristischen Merkmalen wiedergefunden. Es wurde kein Fall beobachtet, wo zwei aneinander grenzende, different gebaute Areae durch einen Mischtypus dargestellt worden sind.

d) *Nießl v. Mayendorf*-Leipzig fragt an, wenn *v. Economo* nur Querschnitte als geeignet zum Vergleich erklärt und jeder Schnitt nur 25 Mikren dick ist, durch welche Methode ist es möglich, ganz exakte Querschnitte zu bekommen, wenn ein Gyrus sich nur um ein makroskopisch nicht wahrnehmbares Minimum dreht, welches bei der Dünnheit der Schnitte von großem Belange ist, wie kann man der Fehlerquelle entgehen, daß eine auftretende Verschiedenheit nicht die Folge einer solchen Drehung, sondern die Folge des Auftretens eines neuen Feldes bedeutet. Iso- und Allocortex sind scharf trennbar. Innerhalb dieser beiden Gebiete sind scharfe areale Grenzen nicht nachweisbar.

e) *Knauer*-Würzburg: Die von *O. Vogt* und *Brodmann* früher betonte Unabhängigkeit der myeloarchitektonischen und cytoarchitektonischen Felder der menschlichen Hirnrinde von den Furchen und Grenzen der Hirnwindungen dürfte nur eine scheinbare sein. Die Hirnfurchen gehen entwicklungsgeschichtlich aus zunächst ganz seichten Einkerbungen des Rindenmantels hervor, die ich als Primordialfalten bezeichnen möchte.

Späterhin ist die Wachstumsrichtung der beiden Hänge dieser Urfurchen meist weder eine geradlinige noch eine symmetrische. Damit die Rindenfläche eine möglichst große Ausdehnung annehmen kann, müssen die Furchenhänge sich wallen, oft wie Minengänge sich tief ausbuchten oder hügelartig auswerfen und sich dabei sogar manchmal schneckenartig verdrehen. Es ist ganz selbstverständlich, daß der Grund der Primordialfalte, der die wahre Windungsgrenze bildet, auf Profilschnitten des ausgewachsenen Gehirns nur selten sich noch mit der tiefsten Stelle der Furche deckt, sondern irgendwohin oberhalb derselben zu liegen kommt. Es kann bei der beschriebenen sekundären Wallung der Furchenhänge auch vorkommen, daß Teile des Hanges bis an die Oberfläche des Gehirns hochgehoben werden, so daß sekundäre Scheinwindungen entstehen.

Bereits *Retzius* hat nun gesagt, daß trotz dieser sekundären Verbuchtung der Furchenhänge auch im ausgewachsenen Gehirn die Primordialfalten in ihrer ganzen Länge erhalten bleiben. (Die sekundären Hangbuchtungen treten meist nur streckenweise auf.) Sie sind bei genauer Untersuchung eines Gehirns immer wieder zu finden, manchmal allerdings, wie im Urzustande als ganz seichte Einkerbungen eines der Hänge der Furche; nicht selten liegen sie sogar wie unscheinbare Nebenfurchen auf einer Windungskuppe, von der dann allerdings die eine Seite Urkuppe ist, die andere Seite dagegen sekundäre Kuppe infolge Buchtung des Furchenhanges nach außen, unter Umständen kann sie sogar begreiflicherweise zwischen zwei derartigen Scheinkuppen liegen. Ich habe bei einer vor Jahren unter Anleitung von *O. Vogt* vorgenommenen Untersuchung der Myeloarchitektonik von sechs menschlichen Stirnhirnen gefunden, daß der Typus der vorderen und hinteren Zentralwindung genau in der Primordialfalte der Zentralfurche wechselt. Ebenso fiel die kaudale Grenze des Typus der dritten Stirnwindung mit der Primordialfalte des Sulcus praezentralis zusammen. Auch die P.-Falte des Sulcus diagonalis bildete eine derartige genaue Grenze. Ob diese Beobachtungen immer und für alle Furchen gelten, kann ich bei meinem beschränkten Untersuchungsmaterial nicht sagen. Ich möchte aber das bestimmt annehmen.

Demgegenüber scheint die Übergangsstelle von Windungskuppe in Furchenhang nach meinen Erfahrungen am menschlichen Stirnhirn als Feldergrenze nur eine untergeordnete Bedeutung zu haben. In jedem untersuchten Gehirn habe ich in dieser Beziehung etwas andere Verhältnisse gefunden. Die Wellung der Furchenhänge ist sogar zum Teil auch oft dadurch eine Notwendigkeit, weil die Breite der Windungskuppen nichts Konstantes ist. Oft sind sie stellenweise so schmal, daß der Furchenhang Felder aufnehmen muß, die in anderen Gehirnen auf der breiter ausgefallenen Windungskuppe liegen. Oder es kommt auch vor, daß wenn eine Furche durch starkes Tiefenwachstum und sekundäre Wellung der Hänge viel Rindenfläche verschluckt hat, die Nachbarfurche kompensatorisch ganz seicht im Urzustande verharrt, so daß alle Felder nur nach der tieferen Furche hin verschoben sind und der Flächengewinn zum Teil nur ein scheinbarer ist. Derartige kompensatorische Beziehungen in der gegenseitigen Tiefe habe ich bereits an den bereits oben genannten benachbarten Furchen des Stirnhirns öfter gesehen.

Die hier besprochenen Beobachtungen haben eine praktische Bedeutung. Sie lehren, daß die Grenze einer Windung nicht selten an einer Stelle liegt, wo man sie zunächst am wenigsten vermutet. Bevor man von einem Zerstörungsherde in der menschlichen Hirnrinde behaupten darf, daß er sich auf eine bestimmte Windung beschränke, muß man erst beweisen, daß er die Primordialfalten nicht überschritten hat. Wenn man, wie meist üblich, die tiefste Furchenstelle als Windungsgrenze ansieht, kann es daher oft vorkommen, daß die Behauptung nicht zutrifft und der Herd auch einen Teil der Nachbarwindung zerstört hat. Daraus dürften sich viele Kontroversen in der klinischen und physiologischen Lokalisationsforschung erklären. Ganz sicher kann vor diesem Fehler natürlich nur die myeloarchitektonische oder cytoarchitektonische Bestimmung der den Herd umgrenzenden Rindenfelder schützen.

f. *Vogt*: Schlußwort. Die Schicht *VII* des tektonischen Grundtypus haben wir als *VII*. bezeichnet, weil sie von *Brodmann* übersehen wurde. Wer vom tektonischen Grundtypus ausgeht, wird nie auf den Gedanken kommen, die Unterschichten der *III*. Schicht als „*III*.", „*IV*." und „*V*." zu bezeichnen.

Die Bezifferung der Felder ist selbstverständlich nur eine provisorische. Die von Herrn *v. Economo* eingeführten Abkürzungen halten wir aber auch nicht für praktisch. Wir bereiten unsererseits den mnemotechnischen Bedürfnissen möglichst angepaßte Abkürzungen vor. Übrigens haben *Brodmann* und ich selbst jedem Feld auch noch neben der Ziffer einen Namen gegeben.

Wer nach den hier von meinen Mitarbeitern und mir erfolgten Demonstrationen die scharfe Begrenzung der von uns unterschiedenen Rindenfelder noch leugnet, ist meiner Ansicht nach von uns nicht zu überzeugen. Auf die Tatsache, daß zwischen zwei extrem gebauten Feldern des öfteren Felder gelegen sind, deren jedesmalige Veränderungen eine Stufe zwischen den extremen Veränderungen darstellen, haben wir von jeher unter der Bezeichnung „*areale Gradation*" hingewiesen. Diese Gradation erfolgt aber eben in schroff abgesetzten Etappen: unseren einzelnen Rindenfeldern.

Die Gliederung der Großhirnrinde in fünf Bautypen durch Herrn *v. Economo* halte ich für keine glückliche. So umfaßt sein Typus 1 genetisch und im Bau so differente Gebiete, daß ich mir von ihrer Zusammenfassung nicht den geringsten physiologischen Nutzen verspreche. Was speziell den „Koniokortex" anbelangt, so haben wir selbst bereits auf gewisse gemeinsame Züge jener drei Gebiete des Isokortex hingewiesen, welche Herr *v. Economo* zu seinem Koniokortex rechnet. Sie mit gewissen Typen des Allokortex zu vereinigen und dabei die Fascia dentata fortzulassen, scheint uns ganz willkürlich. Diesen Koniokortex aber einfach als „sensorisch" anzusprechen, die benachbarten Gebiete als „parasensorisch" zu bezeichnen und gar einzelnen Zellen in diesen bereits eine Funktion zuzuschreiben, ist ein Vorgehen, zu dem die Architektonik nicht berechtigt und über dessen Richtigkeit ausschließlich physiologische Methoden entscheiden können.

2. *A. Jakob*-Hamburg: **Über die regionäre (areale) und laminäre Prozeßlokalisation bei den organischen Geisteskrankheiten.**

Abgesehen von jenen krankhaften Vorgängen, welche auf Gefäßerkrankungen beruhen (Gefäßverstopfungen, Gehirnarteriosklerose, Gefäßsyphilis), richtet sich die Ausbreitung der Krankheitsprozesse bei den übrigen Geisteskrankheiten nicht eindeutig nach Gefäßbezirken. Nur bei einer Nervenkrankheit, der amyotrophischen Lateralsklerose, zeigt sich eine ziemlich strenge areale Lokalisation des degenerativen Vorganges in der Großhirnrinde (erweiterte motorische Zone). Alle übrigen Geisteskrankheiten bieten in der Großhirnrinde eine recht diffuse Prozeßlokalisation, die sich in bestimmten Regionen in besonderer Schärfe ausspricht. Von den wichtigsten Geisteskrankheiten wird die charakteristische Prozeßlokalisation besprochen und in ihren Gründen erörtert. Bezüglich der Ausbreitung der einzelnen Krankheitsprozesse auf dem Rindenquerschnitt werden zwei Arten prinzipiell unterschieden: einmal jene Krankheitsvorgänge, die sicn ganz vornehmlich in den obersten Rindenschichten etablieren und jene in den beiden untersten. Beide Arten, die jeweils für bestimmte Krankheiten charakteristisch sind, bedingen bemerkenswerte Wesensverschiedenheiten der psychischen Störungen. (Der Vortrag wird durch zahlreiche Lichtbilder erläutert.)

Diskussion. — *Spielmeyer*-München: Mit Interesse sehe ich, daß Herr *Jakob* entgegen seiner früheren, auch vor 4 Jahren hier geäußerten Ansicht sich heute auf den von mir vertretenen Standpunkt stellt. Ich habe wiederholt und zusammenfassend in meiner „Histopathologie“ dargelegt, daß wir bisher keinerlei Anhaltspunkte für elektive Schichtenerkrankungen oder Systemdegenerationen der Hirnrinde haben.

3. *A. Meyer*-Bonn: **Über die Wirkung der Kohlenoxydvergiftung auf das menschliche und tierische Gehirn.**

Der Vortragende berichtet über pathologisch-anatomische Gehirnuntersuchungen bei zwei menschlichen und zehn tierischen experimentell gewonnenen Kohlenoxydvergiftungen (Hunde und Katzen). Die menschlichen Fälle zeigen entgegen früheren Befunden des Vortragenden die Hauptausbreitung der zirkulatorisch bedingten Veränderungen im tiefen Hemisphärenmark, während Ammonshorn, Kleinhirn und Substantia nigra nicht geschädigt sind. Die Tierversuche zeigen, daß Hemisphärenmarkerweichungen ein sehr konstanter Befund sind, daß ihnen aber eine prädilektive Bedeutung nicht zukommt, da sie innerhalb des gleichen Falles wahllos mit anderen Ausbreitungstypen in Rinde und Mark abwechseln. Sehr deutlich tritt bei den Tieren die zirkulatorische Natur des Prozesses und eine außerordentliche Variabilität seiner Ausbreitung hervor. Ammonshorn, Kleinhirn und Substantia nigra waren bei allen Tieren unversehrt. Die Pallidumerweichung ist beim Tiere ähnlich konstant wie beim Menschen. Die Ansicht, daß die Entwicklung des menschlichen Stirnhirns und der damit verbundene rückläufige Arterienverlauf Schuld an der Anfälligkeit des menschlichen Pallidums trage, scheint sich also nicht zu bestätigen. Eine ganz befriedigende Erklärung der Pallidumerweichung ist zurzeit noch nicht möglich. Der Vergleich mit den sehr

regellosen Befunden in Rinde und Mark, ferner die auffallende Beschränkung der Erweichung auf die vorderen zwei Drittel des Pallidums veranlaßt, in erster Linie auch für sie, an Besonderheiten der Gefäßversorgung zu denken. Zu bemerken ist, daß *O. Vogt* in seinem heutigen Referat die Bedeutung auch der Besonderheiten der Gefäße für die Pathoklise betont hat. (Eigenbericht.)

Diskussion. — *Ostertag*-Berlin: Die Beobachtungen des Vortragenden bei CO-Vergiftungen des Menschen können vollinhaltlich bestätigt werden. Was das Tierexperiment anbetrifft, so liegen bisher keine Beobachtungen in der Literatur vor. Aus anderer Fragestellung heraus habe ich 1923 systematisch Hunde mit CO vergiftet. Dabei wurden dieselben Befunde erhoben, die der Vortr. heute gezeigt hat. Die Abhängigkeit, insbesondere des Markzerfalls von den Gefäßen, trat deutlich hervor. Den Markzerfall selber möchte ich als Myelolyse bezeichnen, hervorgerufen vielleicht nicht unmittelbar durch das CO, sondern durch ein im Körperstoffwechsel durch die CO-Vergiftung gebildetes Toxin. In zwei Fällen wurden die Nervenfibrillen noch intakt angetroffen, während die Markscheide schon in Zerfall begriffen war.

Doch kann der komplette Untergang der Marksubstanz auch sehr schnell vor sich gehen, so daß auch die Silberfibrillen schnell zugrunde gehen und so die Erweichung alsbald resultiert.

Die Technik der CO-Vergiftung war so gewählt, daß wir unter einer Glasglocke das Tier solange Gas einatmen ließen, bis dasselbe völlig besinnungslos dalag (setzt man Tiere länger der Gaseinwirkung aus, besteht Gefahr, daß der Tod eintritt), dann erholte sich das Tier (Hund) meist rasch, ohne daß künstliche Sauerstoffzufuhr unbedingt erforderlich gewesen wäre.

Vogt-Berlin: Ich möchte nur bemerken, daß die heute von mir vorgetragene Definition der Pathoklise mit früheren identisch ist.

4. II. Referat: Prof. Dr. *M. Rosenfeld*-Rostock: Über die pharmakologische Beeinflussung nervöser Systeme und die Auslösung nervöser und psychischer Syndrome durch Gifte[1]).

R. weist zunächst darauf hin, daß in der modernen Pharmakologie sich unsere Anschauungen über die Art, wie different wirkende Mittel an den nervösen Elementen und Systemen angreifen können, geändert haben und daß diese Wandlungen auch unsere Vorstellungen über die Art krankhaften Geschehens im Nervensystem beeinflussen müssen. Wir rechnen in unserer üblichen klinischen Betrachtungsweise mit drei Gruppen von different wirkenden Mitteln oder Giften, welche als Ursachen von nervösen und psychotischen Syndromen in Frage kommen, den Inkreten, den Toxinen und den Pharmaka im engeren Sinne. Für die Inkrete ergab sich (Hinweis auf das Referat von *H. Fischer*): ein bis zu einem gewissen Grade gesetzmäßiges Vorkommen von Störungen im Bereich der Drüsen mit innerer Sekretion und allerhand Entwicklungshemmungen, Wachstumsstörungen, Konstitutionsanomalien und sog. Kümmerformen auf körperlichem und seelischem Gebiete. Es war aber

---

[1]) Der Vortrag erscheint ausführlich in der Allg. Zeitschr. f. Psych.



nicht möglich, Störungen der innersekretorischen Vorgänge zu den komplexen psychischen Krankheitsbildern in Beziehung zu setzen, sondern höchstens zu einzelnen Äußerungsformen der betreffenden Krankheit. Inkrete können vielleicht Beziehung haben zur Krampftätigkeit, zur Affektspannung und Affektfärbung. Es scheint auch so, als ob die sog. exogenen psychischen Reaktionstypen Ähnlichkeiten mit den psychischen Störungen zeigen, welche die innersekretorischen Störungen zu begleiten pflegen. Die Auffassung, daß die Schizophrenie auf einer Dysfunktion der Keimdrüsen mit innerer Sekretion beruhen könne, wurde abgelehnt.

Die sog. Toxine werden vielfach für das Auftreten von neurologischen Symptomen und den symptomatischen Psychosen nach Infektionskrankheiten verantwortlich gemacht, auch dann, wenn zwischen dem Infekt und dem Auftreten der nervösen und psychischen Störungen eine nicht unerhebliche Spanne Zeit liegt, auch bei der Entstehung der Paralyse sollen nach der *Hauptmann*schen Theorie toxisch wirkende Substanzen neben den Spirochäten wirksam sein und die sog. Randsymptome (Systemdegenerationen) bedingen. Im Hauptteil des Referates werden dann eine Reihe von Pharmaka besprochen, welche für den Kliniker aktuelles Interesse haben, und zwar unter Berücksichtigung der Frage nach der Lokalisation der Angriffspunkte dieser Gifte, nach der Ähnlichkeit der durch sie experimentell erzeugten Syndrome mit den Symptomen der komplexen endogenen Psychosen; auch die eventuell erreichbaren therapeutischen Erfolge bei endogenen Psychosen werden kurz berührt. Es werden zunächst erörtert die Wirkungen der Narkotika und Hypnotika der Alkoholgruppe und der Inhalationsanästhetika, und zwar bezüglich ihres Einflusses auf Krampfanfälle, die Hyperkinese, der endogenen Psychosen und den Angstmechanismus, und ferner bezüglich der Art und Weise, wie die reflektorisch ablaufenden Vorgänge in der Narkose abgebaut werden. Es ergeben sich hier gewisse Gesetzmäßigkeiten bezüglich der Reihenfolge, in der die reflektorischen Vorgänge eine Unterbrechung erfahren. *R.* weist auf analoge Vorgänge hin, wie sie sich im epileptischen Anfall abspielen, welche auch ein sukzessives Fortschreiten des Krankheitsvorganges vom Kortex zum Hirnstamm erkennen lassen. Die Indikation zur Anwendung der Dauernarkose und ihre Erfolge werden kurz gestreift.

Die weiteren Ausführungen des *R.* beziehen sich auf das Morphium, das Skopolamin und Physostigmin in ihren Beziehungen zu den striären und pyramidalen Systemen, wobei namentlich auf die Untersuchungen von *Rosenfeld*, *Zucker*, *Schaltenbrand* hingewiesen wird; auf das neuerdings empfohlene Bulbokapnin (Beobachtungen von *Fröhlich*, *Mayer*, *de Jong* und *Schaltenbrand*) und die Haschischwirkungen und ihre Beziehungen zu den katatonen Krankheitsbildern der Menschen (*Joel-Fränkel*); ferner werden erwähnt der Meskalinrausch, die verschiedenen Kokainwirkungen und die Anwendung des Kokains in der Diagnostik und Therapie und einige Fragestellungen aus dem Gebiet der Pharmakologie des Gefäßsystems, welche neuerdings wieder unsere Vorstellungen bezüglich krankhafter Vorgänge im Gehirn weitgehend beeinflussen. *R.* weist auf die klinische Selbständigkeit der Vorgänge an den vegetativen

Systemen hin und betont von neuem ihre Rolle bei dem Zustandekommen körperlich-nervöser, aber auch psychischer Syndrome.

Es werden dann noch besprochen die Wirkungen des Gynergens, des Tetrophans, des Cholins und des Gynormons.

R. resümiert folgendermaßen: Für die Inkrete war es bisher nicht möglich, einen Zusammenhang mit den komplexen endogenen Psychosen zu erweisen. Nur gewisse Einzelsymptome und Störungen der allgemeinen Körpertrophik können endokrin bedingt sein. Die sog. endokrinen Stigmata und die endogenen psychischen Störungen werden meist als koordinierte Symptome im Rahmen einer allgemeinen Konstitutionsanomalie aufzufassen sein. Auch das Versagen jeder Form der sog. Organtherapie bei Psychosen spricht dafür.

Bezüglich der Pharmaka ergab sich, daß sie in größerem Ausmaße als die Inkrete imstande sind, zahlreiche neurologische und psychotische Syndrome zu erzeugen und daß sich auch eher etwas über ihre Angriffspunkte an den nervösen Systemen aussagen läßt. Trotzdem erzeugen die Pharmaka allein aber auch noch keine komplexen Psychosen vom Charakter der endogenen, sondern nur einzelne Syndrome, die allerdings schon eine weitgehende Ähnlichkeit mit der Symptomatologie mancher komplexer Psychosen haben können, die aber doch meist immer noch etwas für das betreffende Gift durchaus Spezifisches haben, wenn dies Spezifische vielleicht oft auch mehr im Ablauf der psychischen oder nervösen Störungen zu suchen ist.

So wird die Lehre von den bereit liegenden Symptomen und Symptomen-Kuppelungen, die in den verschiedenen Individuen latent liegen, bis sie durch eine Noxe in Bewegung gesetzt werden, mit Rücksicht auf die geschilderten Erfahrungen mit den Inkreten und den Pharmaka für die endogenen komplexen Psychosen nur teilweise gestützt. Es wird bei den letzteren doch nur auf den Gehirnprozeß selbst und seine Lokalisation ankommen.

Mit den Inkreten und den Pharmaka treten die sog. Toxine als Ursache von Geistesstörungen in Konkurrenz. Bei den symptomatischen Psychosen nach Infektionskrankheiten und bei anderen postinfektiösen Zustandsbildern mehr neurologischen Charakters nehmen wir parenchymschädigende Toxine als Ursache zahlreicher psychischer und nervöser Syndrome an. Die Latenzzeit, welche nach dem fieberhaften Infekt verstreichen kann, bis solche Toxine in Funktion treten, kann, ganz im Gegensatz zu den Pharmaka, wie Sie wissen, sehr verschieden lang sein, und es ist sehr schwierig, eine zeitliche Grenze festzusetzen, von der die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges psychischer oder nervöser Syndrome mit einem Infekt nicht mehr statthaft ist. Wenn wir eine einfache Chorea minor mit Endokarditis vor uns haben, so pflegen wir sie stets eine „infectiosa" zu nennen, selbst wenn es nicht gelingt, in der Anamnese einen fieberhaften Infekt sicher nachzuweisen. Bei der Paralyse sollen solche proponierten Toxine schon in sekundärem Stadium der Lues — neben den Spirochäten — eine selbständige schädigende Wirkung entfalten, die sich jahrelang hinziehen kann. Wenn man solche Vorstellungen gelten läßt, so könnte man sie auch auf die endogenen Psychosen ausdehnen, z. B. auf manche Fälle von Schizophrenie. An einer einheit-

lichen Ätiologie aller der Fälle, die unter einer schizophrenen Sichtpsychose verlaufen, hält man nicht mehr fest. Ja, man ist sogar neuerdings wieder dazu geneigt, mehr exogene Ursachen zu vermuten; namentlich für die akut verlaufenden Fälle, deren grob organische Natur sich in einzelnen Fällen auch durch neurologische Syndrome beweisen läßt.

Pohlisch hat in seiner Arbeit über den hyperkinetischen Symptomenkomplex und seine nosologische Stellung gezeigt, daß in einer erheblichen Zahl von Hyperkinesen außerzerebral entstandene toxische Prozesse sich nachweisen lassen. So werden die Toxine eine größere Bedeutung für das Zustandekommen mancher, zurzeit noch als endogen bezeichneter komplexer Psychosen haben als die Inkrete und die Pharmaka, und ich möchte es für wahrscheinlich halten, daß die Gruppe der symptomatischen Psychosen noch eine Erweiterung erfahren wird und daß zu ihr vielleicht auch solche Fälle gerechnet werden können, welche in ihrer Symptomatologie n i c h t zu den sog. exogenen Reaktionstypen zu passen scheinen.

Zum Schluß weist Referent darauf hin, daß die sog. Toxine, welche wir nach Infektionskrankheiten als Ursache von symptomatischen Psychosen anerkennen, auch eine durchaus gegensätzliche Wirkung haben können, insofern, als unter ihrem Einfluß nervöse und psychische Syndrome verschwinden können. *R.* kommt dann noch auf das Problem der „Umstimmung" nervöser Systeme und auf die Bedeutung der endogenen Reizkörper- und Fiebertherapie bei Psychosen zu sprechen.

D i s k u s s i o n. — a) *Meyer*-Köppern: Auch Salzlösungen können unter bestimmten biologischen Bedingungen im Sinne von Pharmaka nervöse Syndrome beeinflussen. So konnte u. a. durch hypertonische (10%) Kochsalzlösung in Fällen von chronischer Meningitis serosa nicht nur die Beseitigung hartnäckigster Kopfschmerzen, sondern gleichzeitig damit in meinem Falle auch eine Beeinflussung vorher hochfebriler Fiebertemperatur erreicht werden. Es wird in diesem Zusammenhang auf Versuche von *E. Meyer* (Göttingen), der durch hypertonische T r a u b e n zuckerlösung bei Fällen von Angina pectoris, Dysbasia angiosclerotica sowie essentieller Hypertonie neben weitgehender subjektiver Besserung der Beschwerden eine Herabsetzung des Blutdrucks nur auf die neuerlichen Erfolge der Rhodansalze (*Westphal*) verwiesen, die in Fällen essentieller Hypertonie mit entsprechenden nervösen Beschwerden bestätigt werden konnten (ausführlicher Bericht erfolgt a. a. O.).

b) *Weichbrodt*-Frankfurt: Gibt man 1 g Jodnatrium intravenös, so findet man nach einer Stunde im Durchschnitt 2 mg auf 100 ccm. Durch verschiedene Schlafmittel, Hyoscin, unspezifische Injektionen, wird die Jodmenge im Blut so erhöht, daß 4—20 mg gefunden werden. Diese Befunde sind vielleicht so zu deuten, daß das Gewebe so verändert ist, daß es nicht so viel Jod wie sonst aufnimmt. Es ist möglich, daß wir auf diese Weise etwas mehr über die Wirkung der allerverschiedensten Mittel bei endogenen Psychosen erfahren und so vielleicht in der Therapie der endogenen Psychosen weiterkommen.

5. a) *Beringer*-Heidelberg: I c h s t ö r u n g e n i m M e s k a l i n r a u s c h.

Das Alkaloid Meskalin nimmt unter den Giften, die abnorme psychische Zustandsbilder erzeugen, insofern eine wichtige Sonderstellung ein,

als sich hier ein ungewöhnlicher Reichtum an abnormen psychischen Phänomenen in einer Bewußtseinslage abspielt, die zwar von der normalen verschieden ist, die es aber trotzdem erlaubt, exakte, verwertbare Angaben über die besondere Struktur der Erlebnisse zu geben. Es eröffnet sich dadurch der experimentellen Psychologie ein neues Arbeitsgebiet, da psychische Tatbestände, die bisher der inneren Wahrnehmung des Gesunden entzogen waren, nun einer experimentellen Bearbeitung zugänglich werden. Es ist so zu erwarten, daß sich das phänomenologische Fundament, auf dem letztlich unsere Theorien basieren, verbreitert und verfeinert werden kann. Dieser Wert der Meskalinpsychose wird an Beispielen von Entfremdung der Wahrnehmungswelt, Körperdepersonalisation, Doppelgängererlebnis, Ichspaltung, Verschmelzungserlebnisse der Subjekt-Objektwelt, Entrückungserlebnisse, Erlebnisse automatischer psychischer Abläufe und phantastischer Körperveränderung im Meskalinrausch veranschaulicht.

b) *Mayer-Groß-* und *Stein*-Heidelberg: Über Störungen des Raumsinns und des Zeitsinns unter Meskalinwirkung.

Störungen der räumlichen und zeitlichen Erfassung der Umwelt wurden und werden in der Psychiatrie wegen ihres empirischen Zusammenvorkommens mit mnestischen Anomalien auch theoretisch vielfach auf solche bezogen, jedenfalls die sensorische Komponente bei ihrem Zustandekommen allzusehr vernachlässigt. Daß aber auch bei Störungen des Zeitsinns (bei welchen ein Zusammenhang mit den Gedächtnisfunktionen am ehesten zu erwarten ist) Empfindungs- und Wahrnehmungsfaktoren eine Rolle spielen, darauf deutet die wiederholt beobachtete Kombination mit Mikropsie und Makropsie in epileptoiden Zuständen und vor allem ihr Vorkommen bei einem Fall von Seelenblindheit (*Wilbrand*). *Klien* und *Pick* haben bei der Darstellung dieser Phänomene auch die Schilderungen aus dem Haschisch- und Meskalinrausch herangezogen. Unsere Beobachtungen in etwa 40 Meskalinversuchen ergaben eine große Vielgestaltigkeit hierhergehöriger Erscheinungen, wobei zwar ein durchgängiges Zusammenauftreten von Raum- und Zeittäuschungen nicht festzustellen, aber doch ein auffallender Parallelismus in der Art der Funktionsabänderungen nachzuweisen ist. Die Raumtäuschungen sind optischer und taktiler Art, letztere vielfach als Größenveränderungen von eigenen Körperteilen erlebt, erstere als Abwandlungen der Perspektive, der Plastik oder als Verzerrungen und Verbiegungen des Raumganzen oder einzelner Raumteile. Es kommt im äußersten Falle zum Zerfall der Kontinuität des äußeren Raumes in nicht aufeinander beziehbare Einzelteile, zur völligen Raumauflösung in einer Art räumlicher Unendlichkeit oder zum Erlebnis des räumlichen Chaos. Die Zeitsinnanomalien sind um so interessanter, als sich die abnormen sinnlichen Gegebenheiten, auf die wir sie beziehen müssen, im Meskalinrausch ganz überwiegend auf das optische Gebiet beschränken, Akustisches nur eine sehr geringe Rolle spielt.

Auch hier kommt es zur Verlängerung und Verkürzung geschätzter Strecken, Veränderungen der Geschwindigkeit des zeitlichen Ablaufs, zum Zerfall der Kontinuität, schließlich zu Erlebnissen des Zeitstillstands, der Unendlichkeit und der völligen Aufhebung jedes zeitlichen Bewußtseins.

Fragt man nach einem gemeinsamen sinnlichen Faktor, auf den die beiden Täuschungsreihen bezogen werden könnten, so fällt auf, daß in denjenigen Protokollen, wo raumzeitliche Störungen fehlen, auch keine Abänderungen der Bewegungswahrnehmung beschrieben werden. Weiterhin aber legen auch Äußerungen gut beobachtender Vp. nahe, diesen Faktor in den Störungen der Bewegungswahrnehmung im Meskalinrausch zu vermuten, über welche die Verf. kürzlich berichtet haben, und die gleichfalls bei Herdfällen mit Seelenblindheit festgestellt werden. Die Tragweite einer solchen Problemstellung ist nicht nur für die Theorie der Erfassung von Raum und Zeit erheblich, auch die Frage nach den Wurzeln der sinnlichen Phantasie wird im Sinne von Gedankengängen *Palagyis* neu beleuchtet. Der Meskalinrausch gestattet uns, den zugrundeliegenden Tatsachen durch künstlich gesetzte Störungen näher zu kommen und schafft damit die Möglichkeit exakter experimenteller Nachprüfung der theoretischen Annahmen.

6. *Hartwich*-Aplerbeck: Serodiagnose in der Heilanstalt (Mikro-Meinicke-Reaktion im hängenden Tropfen im Dunkelfeld).

In der Diagnostik des Liquors beherrschen die elektrochemischen Reaktionen zurzeit das Feld.

Die Indikatoren für diese Reaktionen arbeiten aber keineswegs so gleichmäßig, daß man etwa wagen möchte, auf eine solche Einzelreaktion Luesdiagnose aufzubauen. Beim Blutserum sind die Elektroreaktionen noch nicht so ausgebaut.

Von den serodiagnostischen Reaktionen beim Blut ist die *Meinicke*-Mikro-Reaktion (M. M. R.) zurzeit diejenige, die durch ihre ausgezeichneten Resultate die Welt erobert hat. Sie ist auch die Reaktion, die wohl an jeder Anstalt ohne wesentliche Kosten und ohne erhebliche technische Einrichtungen ausgeführt werden kann. Für die Technik verweise ich auf das durch Herrn Dr. *Meinicke* freundlichst zur Verfügung gestellte Druckstück.

Für die Vereinfachung der Apparatur demonstriert *H.* in einem Bilde die Art der Anfertigung der Vaselineringe für die Kammerbildung sowie Einsatztöpfe für die Warmhaltung des Extraktgemisches.

Die Ablesung der Präparate bei den neueren sehr fein abgestimmten Extrakten geschieht am besten erst 2 Stunden nach der Anfertigung bei einer Kontrolle nach 5—6 Stunden.

Die Ablesung im Hellfeld ist ganz gut möglich. Im *Meinicke*schen Laboratorium ist anfangs nur Hellfeld gearbeitet worden.

Die Ablesung im Dunkelfeld bringt aber viel klarere und sicherere Resultate. Sie geschieht mit schwachem Objektiv, starkem Okular. Der Kondensor wird mit Wasser beschickt. Kein Öl!

Zunächst der Unterschied zwischen einem negativen und + + + + positiven Wassermann-Serum.

Das Negative ergibt einen gleichmäßigen, grauweiß glänzenden Schleier der ungeflockten elektronegativen Dispersteilchen, die in dem Gemisch schweben. Das Positive ist vollständig ausgeflockt, durch die elektrische Entladung und Ballung der Teilchen, die sich in der nunmehr kolloidarmen, schwarz erscheinenden Phase absetzen.

Zum Verständnis des Verlaufs der Reaktionen muß man wissen, daß das Kochsalzextraktgemisch selbst flockt. Wie schnell sich diese Flockung vollzieht, zeigen diese Bilder. 2—5-Minuten-Serie.

Fügt man dem Extraktgemisch in dem abgeaichten Mikroreaktionsträger die vorgeschriebene Serummenge hinzu, mischt schnell und mustert nun das angefertigte hängende Tropfenpräparat, so scheiden sich die negativen von den positiven Seren sofort

In Bildern zeigt *H.* negative Reaktionen nach 1 Stunde, nach 12 Stunden, 1 Stunde, 48 Stunden. Man sieht also, daß auch bei langem Stehenlassen die negativen Präparate ihren Charakter nicht ändern.

Der Verlauf der Flockung bei einem solchen + + + + positiven Serum geht aus einer Bilderserie, die in 10 Minuten Abstand aufgenommen ist, hervor.

Schwach positive Reaktionen ± ± ± + + + ± in den nun folgenden Bilderserien.

Bei den + und + + Bildern ist zu beobachten, daß es zwar zur Flockung kommt, daß aber immer noch reichlich elektrisch geladene Dispersteile in Molekularbewegung suspendiert bleiben, d. h. bildmäßig ist der sogenannte Untergrund nicht schwarz bzw. leer, sondern leuchtend, erscheint also grau, wobei trotzdem die Flockenbildung sichtbar wird. Erfahrungsgemäß kann man aus dieser Wechselbeziehung die Stärke der Reaktion leicht ablesen.

Auch diese Kammerpräparate ändern sich nicht bei längerem Stehen.

Sogenannte Pseudo-Meinicke zeigt *H.* in 5 Bildern, bei denen die ersten 4 Blutbeimengung im Serum enthalten, während das 5. sogenannte Deckglasflocken, also Verunreinigung bei einem zu langsam gearbeiteten Präparat darstellt.

Die Stabilität der vierfach positiven wird in weiteren Bildern demonstriert.

Das letzte Bild zeigt, daß man auch mit gewöhnlichem Winkel-Mikroskop und Abbee als Dunkelfeld die + + + + lesen kann.

Unsere Arbeiten haben aber ergeben, daß bei einer gemischtzelligen myeloischen Leukämie die Wassermann negativ war, der Mikro-Meinicke + + wurde.

Sehr beachtenswert für unser Spezialgebiet ist das Verhalten der Seren der Epileptiker.

Unter 30 Fällen von Epilepsie war 13 mal Wa.R. und M. M. R. übereinstimmend negativ.

1 mal	Wa. R. +	M. M. R. + +
3 „	Wa. R. —	M. M. R. + +
7 „	Wa. R. —	M. M. R. +
6 „	Wa. R. —	M. M. R. ±.

Diese Sonderstellung der Epilepsie bei dieser Reaktion gibt uns einen bedeutsamen Hinweis für die Humoralpathologie der Epilepsie, andererseits folgt die Luesdiagnose hieraus, daß jeder Fall von Epilepsie außer nach Meinicke zweckmäßig auch anderweitig kontrollmäßig serodiagnostisch erforscht werden muß.

Für die Anstaltspraxis liegt jedenfalls aber in der sehr schnell zu stellenden Diagnose zwischen vierfach + und negativ ein großer Gewinn.

Ein Kreis von Ärzten unter Leitung und Mitarbeit von Herrn Dr. *Meinicke* unternimmt die Ausarbeitung der Reaktion für den Liquor, für den die bisherigen Resultate noch nicht zufriedenstellend verlaufen sind.

Gelingt auch diese Technik, so werden wir auf dem Wege der Liquordiagnostik im Mikro-Meinicke im hängenden Tropfen im Dunkelfeld einen guten Wegweiser haben, und diejenigen Anstalten, welche dann über diese Serodiagnosen-Erfahrung verfügen, werden mit Leichtigkeit die etwas diffizilere Technik für Liquordiagnostik ausüben können.

7. *Kafka*-Hamburg: Prinzipielles zum Permeabilitätsproblem.

Das Problem des Überganges von Stoffen aus dem Blut in die Zerebrospinalflüssigkeit wird einleitend nach allen Seiten erörtert. Nach Besprechung der materiellen Substrate des Permeabilitätsvorgangs und der Art dieses Prozesses (physikalisch-chemisch? biologisch?) wird ausführlich auf die Methoden zur Prüfung der Permeabilität eingegangen, und es werden ihre wesentlichen Ergebnisse dargestellt. Hierauf wird *Walters* Brommethode besprochen und vor allem die *Walter*sche Feststellung, daß bei der Dementia praecox die Permeabilität herabgesetzt sei, die von *Hauptmann* bestätigt wird, pathogenetisch verwertet wurde, geprüft, die Vortr. nur teilweise bestätigen konnte. Er sucht die Gründe dieser Divergenz festzulegen. Er bespricht ferner die relativ geringen Beziehungen des PQ zur Kurvenform der Mastixreaktion und zum Eiweißquotienten; ferner werden Versuche besprochen, die den gleichen PQ in verschiedenen Höhen des Rückenmarks ergaben. Gegenüber der Kritik von *Walter* verteidigt *K.* die „natürlichen" Permeabilitätsreaktionen, besonders die Hämolysinreaktion, und hebt hervor, daß man zur Erklärung verschiedener Ergebnisse eine „spezifische" Permeabilität, die auf der besonderen Form der Veränderung der verschiedenen Filter beruhe, heranziehen müsse und daß es sich daher empfiehlt, mehrere Methoden der Permeabilitätsprüfung nebeneinander anzusetzen. Zum Schlusse werden die Beziehungen zum Kammerwasser als erkenntnisfördernd herangezogen und die Ergebnisse zusammengefaßt. (Eigenbericht.)

Erscheint ausführlich in der „Medizinischen Klinik".

8. *Fr. K. Walter*-Rostock-Gehlsheim: Theorie und Praxis der Permeabilitätsprüfung.

Vortr. lehnt die Sekretionstheorie des Liquor ab und bespricht an Hand der neueren Literatur die Befunde, die für die Annahme sprechen, daß die Hirn-Rückenmarksflüssigkeit ein Dialysat des Blutes sei. Wenn auch eine Reihe von Beobachtungen im Sinne einer „aktiven, physiologischen Permeabilität" *Höbers* gedeutet werden müssen, so kann doch an der überragenden Bedeutung der „passiven physikalischen Permeabilität" für die Bildung des Liquors nicht mehr gezweifelt werden.

Da alle im Liquor vorhandenen Elektrolyten sich in direkter Abhängigkeit von deren Konzentration im Serum befinden, muß das gleiche auch für Brom gelten. Ein relativ konstanter Permeabilitätsquotient für Brom ist daher theoretisch zu fordern. Desgleichen müssen Änderungen des PQ eines Elektrolyten auch zu entsprechenden der übrigen führen.

Für Brom wird ein normaler PQ in den Grenzen von 2,90 und 3,50 angenommen. Nachdem Vortr. dann auf die Differenzen hingewiesen hat, die sich wegen der Eigenfarbe des Goldchlorids bei Benutzung des *Bürker*schen und *Autenrieth*schen Kalorimeters ergeben, zeigt er durch Zusammenstellung der Befunde verschiedener Autoren mit der Brommethode bei Paralyse, Tabes und Parkinson, daß hier gesetzmäßige Beziehungen vorliegen.

Bezüglich der diagnostischen Verwertbarkeit der Brommethode betont er nochmals, daß der Befund nur im Zusammenhang mit dem gesamten klinischen Bild gewertet werden darf, und stellt eine Reihe von Syndromen prinzipiell verschiedener Bedeutung auf: 1. das meningeale Syndrom, gekennzeichnet durch Zellvermehrung, Eiweißvermehrung und Permeabilitätssteigerung. 2. Das Syndrom: Isolierte Eiweißvermehrung im Liquor ohne Permeabilitätsstörung (wahrscheinlich als Folge intramuraler Zirkulationsstörungen), und 3. das Syndrom: normaler Eiweiß- und Zellgehalt bei gleichzeitiger Permeabilitätssteigerung. Dieses kommt vor a) bei arteriosklerotischer Demenz und ist hier als durch Schädigung der Gehirnkapillaren bedingt anzusehen; b) bei symptomatischen Psychosen, wo es wahrscheinlich Ausdruck einer Störung der Plexusfunktion ist und möglicherweise eine genetische Bedeutung für die Bewußtseinstrübungen besitzt, die für diese Krankheitsform typisch sind. Zum Schluß bringt *W.* eine vergleichende Tabelle über die mit der *Mestrezat*schen Nitrat- und der Brommethode gewonnenen Ergebnisse bei verschiedenen Krankheiten, die eine vollständige Übereinstimmung aufweist.

Diskussion: a) *v. Rohden*-Halle-Nietleben: Die *Walter*sche Brommethode in der *Hauptmann*schen Modifikation hat sich in einer Untersuchungsserie von über 200 Fällen verschiedenartigster Psychosen als eine wertvolle und vielversprechende biologische Untersuchungsmethodik bewährt. Es zeigte sich ein deutliches Überwiegen der Fälle mit erhöhter Permeabilität bei Paralyse, mit normaler Permeabilität bei Zirkulären, Neurasthenikern, Hysterikern, Psychopathen, mit herabgesetzter Permeabilität bei Schizophrenen. Unter Malariabehandlung nimmt die Permeabilität normale und herabgesetzte Werte an. Schizophrene mit atypischem (pyknischem) Körperbau scheinen häufiger normale und erhöhte Permeabilitätswerte aufzuweisen als Schizophrene mit affinem Körperbau.

b) *Walter* (Schlußwort): Die von Herrn *Kafka* aufgeworfene Frage nach der Herkunft des Liquoreiweißes ist eine der schwierigsten und in einer Diskussionsbemerkung kaum zu erledigen. Das Syndrom: Eiweißvermehrung im Liquor bei normaler Permeabilität beweist aber m. E. eindeutig die Möglichkeit einer endogenen Eiweißentstehung. Ich halte es für am wahrscheinlichsten, daß dabei die perikapillären „Lymphräume" eine Rolle spielen.

9. *Kufs*-Leipzig-Dösen: Disseminierte Meningoenzephalitis mit laminären Rindenerweichungen bei Paralyse.

Die interessante Arbeit von *Spatz* über die Pathogenese und Pathologie der Hirnlues und Paralyse beschäftigt sich mit der verschiedenen Ausbreitung der krankhaften Veränderungen im Gehirn bei diesen beiden,

durch den gleichen Erreger hervorgerufenen Krankheitsprozessen. Wie wenig die Anschauung von *Margulis* begründet ist, daß die Neurosyphilis eine nosologische Einheit bildet und daß Hirnlues, Paralyse und Tabes als Phasen desselben Prozesses aufzufassen sind, beweisen gerade die Ausführungen von *Spatz*. *Spatz* kommt zu dem Resultat, daß bei der Hirnlues die entzündlichen Veränderungen an die Oberfläche des Zentralorgans, in die Meningen, lokalisiert sind und daß die enzephalitischen und myelitischen Veränderungen bei der Hirnlues in direkter Beziehung zur Meningitis stehen. Im Gegensatz hierzu faßt *Spatz* die Paralyse als eine diffuse Enzephalitis des Endhirngraus auf unter Einschluß des Striatum, Claustrum, Nucleus amygdalae, die Derivate des Endhirngraus sind. Mit guten Gründen bekämpft er die Anschauungen *Gennerichs*, daß der primäre Vorgang bei der Paralyse ein Entzündungsprozeß in den Meningen ist, der zu einem Einbruch des Liquors in die Pia und in das nervöse Parenchym führt, und weist auf die Tatsache hin, daß die Hirnlues fast nie zur Paralyse führt und der paralytische Erkrankungsprozeß in weitgehendem Maße von den entzündlichen Veränderungen in den Meningen unabhängig ist. Die Annahme, daß bei der Paralyse die Invasion der Spirochäten in das Gehirn von Blutgefäßen aus erfolgt, während bei der Lues cerebri die Keime vom Liquor aus in die Meningen und Randpartien der grauen Rinde gelangen, scheint ihm den tatsächlichen Verhältnissen, insbesondere den anatomischen Befunden bei beiden Prozessen, am meisten gerecht zu werden.

Wir haben nun in Dösen einen in mehrfacher Beziehung recht interessanten und lehrreichen Fall von Paralyse untersuchen können, dessen Pathogenese durch die Annahmen von *Spatz* am besten und überzeugendsten erklärt werden kann.

Es handelte sich um eine in klinischer und serologischer Beziehung absolut einwandfreie Paralyse. Bei der Sektion dieses Falles fanden sich in der grauen Rinde des Groß- und Kleinhirns (Stirn-Zentralwindungen, Area striata) multiple disseminierte laminäre Erweichungsherde in der 2.—5. Schicht unter Verschonung der 1. Schicht. Die Pia erwies sich über diesen Rindenpartien, die Erweichungsherde enthalten, im Sinne einer zirkumskripten Meningitis hochgradig infiltriert mit Plasmazellen. Ich will hier nicht auf die histologischen Details eingehen, über die ich bei der Demonstration der Diapositive berichten werde.

Wohl aber will ich jetzt die wichtigen pathogenetischen Fragen des Falles erörtern. Bei der disseminierten Entwicklung meningoenzephalitischer Herde mit laminären Rindenerweichungen in einem sonst überall in typischer Weise paralytisch erkrankten Gehirn liegt es nahe, die Kombination zweier verschiedener pathologischer Prozesse anzunehmen, einen spezifisch luetischen in den Meningen und einen paralytischen im Endhirngrau. Ich werde nun zu beweisen suchen, daß mit der Annahme zweier einander parallel laufender Prozesse eines am mesodermalen Gewebe der Pia sich abspielenden luischen und eines paralytischen in der Rinde die Pathogenese des Falles nicht in befriedigender Weise geklärt werden kann. Die Anschauungen, die *Spatz* in seiner Arbeit entwickelt hat, verhelfen uns hier zu einer einheitlichen Auffassung der Pathogenese unseres Falles, wobei die Resultate der parasitologischen Untersuchung von entscheiden-

der Bedeutung sind. Zunächst muß ich hervorheben, daß es sich um ein ungewöhnlich spirochätenreiches Gehirn handelte. Die Spirochäten wurden auch in den hinteren Partien des Großhirns und insbesondere auch im Kleinhirn meist in vaskulärer herdförmiger Anordnung in reichlicher Menge angetroffen, wobei sich merkwürdige Beziehungen zwischen der Lokalisation der Spirochäten und der meningitischen Veränderungen in der Pia herausstellten. Wie ich schon oben ausführte, fanden sich laminäre Rindenerweichungen nur unterhalb der stark entzündlich infiltrierten Partien der Pia. Es zeigt sich nun, daß in den gleichmäßig paralytisch erkrankten Rindenpartien die Spirochäten in den tieferen Schichten des Gehirns gelegen sind (von 3 abwärts). An denjenigen Stellen aber, wo sich in der Pia eine starke entzündliche Infiltration mit Plasmazellen im Sinne einer umschriebenen Meningoenzephalitis entwickelt hat, steigen die Spirochätenkolonien bis an den äußersten Rand des Stratum zonale empor und schneiden ganz scharf am meningealen Exsudat ab. Nur an ganz vereinzelten Stellen greifen die Spirochätenkolonien auf die meningitisch erkrankte Pia über. Das gleiche Abhängigkeitsverhältnis zwischen entzündlichem Exsudat in der Pia und Anreicherung der Spirochäten in den Randpartien der Rinde finden wir auch im Kleinhirn. Da nun bei der primären Meningoenzephalitis syphilitica ohne Paralyse, bei der nach *Spatz* die Infektion vom Liquor aus erfolgt, die Spirochäten wiederholt in reichlicher Menge in der Pia gefunden worden sind, in den Randpartien der Hirnrinde nur ganz spärlich, hier aber bei unserem Falle die Lage der Spirochäten gerade die umgekehrte ist, d. h. außerordentlich reichlich in den tieferen und oberflächlichen Schichten der Rinde und nur an wenigen Stellen durch Übergreifen der Kolonien in der Rinde nach außen auch in der Pia, lassen sich die Fragen bezüglich der Pathogenese unseres Falles folgendermaßen beantworten. Wir haben es hier mit einem ungewöhnlich hochgradig entwickelten paralytischen Erkrankungsprozeß zu tun, der nicht nur in vertikaler Richtung (zirkumskriptes Übergreifen auf die Pia) sich ausgebreitet hat, sondern auch in sagittaler Richtung, wie die starken paralytischen Veränderungen im Okzipitallappen und Kleinhirn beweisen. Die zirkumskripte Leptomeningitis ist eine sekundäre und Teilerscheinung der Paralyse und nicht als eine primär syphilitische aufzufassen. Auch nicht von einem Mischfalle von Paralyse und syphilitischer Meningitis kann hier gesprochen werden. Das beweist die charakteristische Lokalisation der Spirochäten.

Ich glaube nun, daß bisher die Diagnose: Mischfall von Paralyse mit Meningoenzephalitis syphilitica wiederholt zu unrecht gestellt worden ist. So habe ich in meiner Sammlung Präparate von 3 solchen Fällen, bei denen die entzündlichen Veränderungen einer umschriebenen paralytischen Meningitis noch wesentlich erheblicher waren als bei dem eben referierten Falle. Obgleich ich seinerzeit keine parasitologische Untersuchung vorgenommen habe, glaube ich doch, daß in pathogenetischer Beziehung sämtliche 3 Fälle in der gleichen Weise bewertet werden müssen wie der geschilderte Fall. Die Histologie dieser 3 Fälle stimmt völlig überein mit den differenzialdiagnostischen Merkmalen, die *Alzheimer* als charakteristisch für die sekundäre Meningitis bei der Paralyse aufgestellt hat: „Am visceralen Blatt der Pia unmittelbar über der Rinde begegnen wir

meist einer Lage frischer Plasmazellen. Die wesentliche Veränderung an der Pia bei der Paralyse besteht in einer ausgesprochen schleichenden, fortschreitenden Infiltration. Man begegnet deshalb in ihr Infiltrationszellen sehr verschiedener Art und offenbar sehr verschiedenen Alters. Neben Häufchen frischer Lymphozyten und Plasmazellen wiegen in der Rückbildung begriffene Zellen vor. Ein großer Teil der verdickten Stellen der Pia besteht aus gewuchertem, auch wieder zurückgebildetem Bindegewebe mit allerlei zerstreuten Krümeln, Detritushäufchen, degenerierten Infiltrationszellen. Im Gegensatz hierzu zeigt nach *Alzheimer* die frische luetische Meningitis eine massige, nahezu gleichartige Infiltration mit Lymphozyten, die nicht wie die bei der Paralyse an den Wandungen der Gefäße und den durchtretenden Nerven Halt macht. Wir sehen also, daß nicht nur hinsichtlich der Lokalisation der Spirochäten, sondern auch in histologischer Beziehung erhebliche Unterschiede zwischen der sekundären Meningitis bei der Paralyse und der primären syphilitischen Meningitis bestehen. (Erscheint in der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.)

10. *Aschaffenburg*-Köln: Neue Aufgaben der praktischen Psychiatrie. (Der Vortrag erscheint in der Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie.)

Diskussion. — a) *Kolb*-Erlangen: In Bayern ist die „biologische Untersuchung" der Strafgefangenen durch L. G. A. Dr. *Virnstein*-Strauben dank der Unterstützung des Justizministeriums in die Wege geleitet; in mehreren Strafanstalten sind psychiatrische Adnexe eingerichtet; ein progressiver Strafvollzug ist in Durchführung; in der Anstalt Erlangen haben wir ca. 15% Psychopathen unter den Aufnahmen, die teilweise längere Zeit in der Anstalt bleiben, und wenn sie entlassen werden, in offene Fürsorge (Oberarzt *Faltlhauser*) kommen, die einen Schutz für die Psychopathen und für die Allgemeinheit bildet und in Erlangen-Nürnberg höher entwickelt ist als in Amerika (800 Anstaltskranke, 1800 Kranke in offener Fürsorge der Anstalt Erlangen im Jahre 1925).

b) *Göring*-Elberfeld: Wenn Abteilungen für Psychopathen den Heil- und Pflegeanstalten angegliedert werden sollen, müssen die Anstaltsärzte in der Psychotherapie ausgebildet werden; leider stehen sie dieser Behandlungsart noch zu skeptisch gegenüber.

c) *Bonhoeffer*-Berlin: Im Landesgesundheitsrat habe ich mich vielleicht weniger aus eigener Überzeugung als der Meinung der letzten Jahresversammlung entsprechend gegen die generelle Unterbringung verbrecherischer Psychopathen ausgesprochen, und der Landesgesundheitsrat hat sich dem angeschlossen.

11. *Göring*-Elberfeld: Entwürfe zu einem Bewahrungsgesetz.

Darüber, daß ein Bewahrungsgesetz durchaus zweckmäßig sei, d. h., daß die Möglichkeit der Bewahrung auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres gegeben werde, besteht kein Zweifel. Der Reichstag selbst hat den Wunsch nach einem solchen Gesetz ausgesprochen. Wohl der Kosten wegen ist es bisher bei Entwürfen geblieben. Es liegen 3 Entwürfe vor, die von privaten Vereinigungen ausgearbeitet wurden. Leider ist keiner dieser 3 vom psychiatrischen Gesichtspunkt aus einwandfrei. Infolgedessen

ist es notwendig, daß sich auch Psychiater um die Entwürfe kümmern, was bisher noch kaum geschehen ist, da sie später zweifellos in vielen Fällen zugezogen werden und ihr Urteil von ausschlaggebender Bedeutung sein wird. Die schwierigste Frage wird sein: Wer kommt für eine Bewahrung in Betracht? Vortr. hat folgende Fassung vorgeschlagen: „Eine Person über 18 Jahre, welche infolge von geistigen, moralischen oder körperlichen Mängeln verwahrlost ist oder zu verwahrlosen droht oder die Sicherheit anderer gefährdet, kann der Bewahrung überwiesen werden, wenn keine andere Möglichkeit besteht, diesen Zustand zu beheben." (Der Vortrag erscheint ausführlich in der Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform.)

Diskussion. — *Aschaffenburg*-Köln: Ich habe bei der Ausarbeitung des Verwahrungsgesetzes mitgearbeitet, aber das, was schließlich dabei herauskam, entsprach nicht dem, was wir Psychiater gewollt haben und wünschen mußten. Trotz des Widerspruchs der beteiligten Psychiater (außer mir wirkten noch *Mönkemöller* und *Gregor* mit) wurde in der Fassung völlig unzweckmäßigerweise die Entmündigungsreife herangezogen. Das hat mir die Freude an der Mitarbeit genommen; um so mehr befriedigt es mich, wenn jetzt *Göring* sich für das Verwahrungsgesetz bemüht, das ein unbedingtes Erfordernis ist.

12. *Rehm*-Bremen: Das soziale Schicksal psychopathischer Fürsorgezöglinge [1]).

Die Mehrzahl der Fürsorgezöglinge ist in weitestem Sinne psychisch krankhaft veranlagt. Deshalb beschäftigen sich seit Einführung der Fürsorgeerziehung die Nervenärzte mit der Untersuchung und Beobachtung dieser Kinder und Jugendlichen: *Cramer* in Göttingen hat das Verdienst, als erster sich diesem sozialen Teil psychiatrischer Arbeit gewidmet zu haben. — Die Frage nach dem Schicksal früherer Fürsorgezöglinge ist von Pädagogen und Verwaltungsbehörden vielfach untersucht; von Ärzten hat sich damit eingehender bisher nur *v. Grabe* in Hamburg beschäftigt, der bei 100 früheren weiblichen Fürsorgezöglingen in 65,1% eine gute Führung feststellen konnte.

Die fast 150 früheren Fürsorgezöglinge, deren Schicksal der Vortr. weiter verfolgte, verfallen mit 35%, ungefähr in gleicher Verteilung auf beide Geschlechter, einem wenigstens zunächst ungünstigen Schicksal. Hierzu gehören die Gewohnheitsverbrecher, im wesentlichen Diebe, Einbrecher und Betrüger, ferner die Prostituierten. Günstig verlaufen 45% der Fälle, zweifelhaft im Schicksal bleiben zunächst 20%. Kurze Zeit der Fürsorgeerziehung und frühzeitiges Einsetzen der Fürsorgeerziehung sind günstige Vorzeichen für die Entwicklung des Jugendlichen. Lange dauernde Fürsorgeerziehung ist an sich also keineswegs geeignet, besonders gute Resultate zu erzielen. Der wesentliche Erfolg der Fürsorgeerziehung beruht in der Ausschaltung ungünstiger Umweltsbedingungen. Das Fehlen der Mutter und das sozialwidrige Verhalten derselben pflegt sich besonders ungünstig auszuwirken. Fast sämtliche, ungünstigem Schicksal entgegen-

[1]) Ausführliche Veröffentlichung in der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.

gehenden früheren Fürsorgezöglinge sind unstet und Eigentumsverbrecher. Von den jugendlichen Prostituierten ist der größere Teil einem ungünstigen Geschick verfallen. Strafe und Strafvollzug bleiben so gut wie immer wirkungslos. — Zu den Ungünstigen zählen klinisch vor allem die Willensschwachen und die Gemütserregbaren.

Die Resultate, welche sich, wenigstens soweit ungünstiges Schicksal in Betracht kommt, mit denen *Gregors* decken, beweisen, daß die Fürsorgeerziehung unentbehrlich und segensreich ist. Sie bewirkt eine günstige Veränderung durch Ausschaltung ungünstiger Umweltbedingungen. Die Persönlichkeit wird nicht geändert; glücklicherweise handelt es sich bei den psychopathischen Fürsorgezöglingen zum Teil um Entwicklungsstörungen psychischer Art, welche im Laufe der Jahre ausgeglichen werden können. Für die ungünstigen Fälle ist ein Gesetz notwendig, das die Verwahrung dieser sozialwidrigen Persönlichkeiten für eine gewisse Zeitspanne ermöglicht.

Diskussion. — a) *Wiehl*-Düsseldorf: Zurzeit spielt die Unterbringung der Schwer- bzw. Schwersterziehbaren in der Fürsorgeerziehung eine besondere Rolle. Die Rheinische Provinzialverwaltung beabsichtigt, für die weiblichen Zöglinge dieser Art eine besondere Abteilung im Anschluß an eine Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt einzurichten. Da zur sachlichen Behandlung die Kenntnis der Ursachen der Schwererziehbarkeit Voraussetzung ist, wäre mir eine Auskunft darüber erwünscht, ob bei den beobachteten Fällen die Erscheinungen der Schwererziehbarkeit bestanden oder ob sie erst auf dem Boden der krankhaften Veranlagung während der Fürsorgeerziehung sich entwickelten als eine Art Trotzreaktion, und zwar auch bei Zöglingen, die nur wegen Gefährdung durch ihre verwahrlosten Eltern in Fürsorgeerziehung kamen.

b) *Nießl von Mayendorf*-Leipzig: Man möge zwischen Neuropathie und Psychopathie scharf scheiden. Wenn man Gesetze für Psychopathen schafft, muß man zuerst genau wissen, was man unter Psychopathie zu verstehen hat. Auf Grund meiner Erfahrung halte ich eine solche Unterscheidung für leicht durchführbar, und wenn es sich um die Schaffung von Gesetzen handelt, auch für sehr wichtig. Neuropathische Kinder müssen ganz anders behandelt werden als psychopathische, und es ist immerhin möglich, daß die Mißerfolge, von welchen der Vorredner gesprochen hat, auf den Mangel einer solchen Trennung seines Materials zurückzuführen sind.

c) *Göring*-Elberfeld: Es darf nicht die Ansicht der Psychiater sein, daß nur durch Milieuänderung die Fürsorgezöglinge beeinflußt werden können. Die Psychotherapie darf nicht unterschätzt werden; natürlich gehört viel Zeit dazu.

d) *Koch*-Schussenried: Schwersterziehbare sind vorzugsweise die konstitutionell Entarteten, denen man später als Gewohnheitsverbrechern wieder begegnet. Dann die in den Fürsorgeanstalten untergebrachten Enzephalitiker. Ein kleiner Teil ist es nur scheinbar infolge Verbockung in einer Anstalt (Überreizung der überforderten Erzieher, pädagogischer Mißgriff, Unmöglichkeit, in eine andere Anstalt auszuweichen).

e) *Rehm* (Schlußwort): Die Fürsorgeerziehung ist nicht imstande, Anlagen umzuwandeln, sie kann aber psychopathische Reaktionen ab-

flachen. Trotzreaktionen sind wohl bei Beginn der Erziehung häufig, sie spielen aber bei länger dauernder Erziehung keine wesentliche Rolle. Den Begriff der Psychopathie zu erörtern, liegt nicht im Rahmen des Vortrags. Was die Psychotherapie betrifft, so ist unzweifelhaft, daß sie bei Psychopathen Erfolge erreichen kann, sie erfordert die entsprechenden ärztlichen Persönlichkeiten und besonders sehr viel Zeit; deshalb wird aus praktischen Gründen in Erziehungsanstalten für jugendliche Psychopathen unter den derzeitigen Verhältnissen kaum die Möglichkeit individualpsychologischen ärztlichen Wirkens in ausgedehntem Maße bestehen.

13. *Weiler*-München, Antisoziale Wirkungen der sozialen Fürsorge.

Die überstürzte Entwicklung der sozialen Gesetzgebung läßt mehr und mehr bedenkliche Schattenseiten derselben zutage treten, die berechtigen, von antisozialen Wirkungen der sozialen Fürsorge zu sprechen.

Hinsichtlich der Unfall- und Krankenversicherungsgesetze lassen sich diese Schäden in den bereits von anderer Seite geprägten Sätzen: „Die Unfallversicherung tötet den Willen zur Arbeit; die Krankenversicherung lähmt den Willen zur Gesundheit“ ausdrücken. Die Absicht des Gesetzgebers, die Unfall- und Kriegsbeschädigten für die erlittene Einbuße an Arbeitskraft durch Rentengewährung schadlos zu halten, wird durch die maßlose Ausbreitung der Rentensucht zu schanden gemacht. Die dadurch entstehende ungeheure Belastung der Volkswirtschaft läßt eine ausreichende Versorgung der erheblich Beschädigten nicht zu. Im Gefolge der Sozialversicherung traten jene Erscheinungen der Rentensucht auf, die man früher fälschlich als traumatische Neurose, jetzt ebenso verkehrt als Rentenneurose bezeichnet. Allmählich entstand eine Verseuchung des ganzen Volkes, nicht nur der Versicherten und der Kriegsteilnehmer mit den sogenannten Neurosen. Dabei handelt es sich im wesentlichen jedoch nur um Ausdruckserscheinungen des Verfalls des persönlichen Verantwortungsgefühls, des Bestrebens, die Sorge für die wirtschaftliche Sicherung der Allgemeinheit aufzubürden, und der Neigung, sich hinter Krankheitsvorstellungen und sonstigen Entschuldigungen zur Verdeckung der wirklichen Triebe zu verschanzen. Nicht zuletzt ist die der Massenpsyche nicht genügend Rechnung tragende Form unserer Fürsorgebestrebungen mit schuld an der Entnervung und Demoralisierung weiter Schichten. Abhilfe erscheint daher dringend geboten. Der Vortr. glaubt einen Weg dazu aufzeigen zu können, indem er vorschlägt, statt der Rentengewährung dem Beschädigten gesetzlich das Arbeitsrecht zu sichern durch Zwang der Arbeitgeber, ihn, solange ihm noch ein entsprechender Rest von Arbeitsfähigkeit verbleibt, seinen Fähigkeiten entsprechend weiter zu beschäftigen und ihn trotz geminderter Leistung voll zu bezahlen. Dem Arbeitgeber wäre ein gering zu bemessender Reichszuschuß, abgestuft nach dem Grade der festgestellten Arbeitsbeschränktheit der von ihm Beschäftigten, zu gewähren. Damit wäre der Beschädigte dem Rentenkampf entzogen, und seine wirtschaftliche Sicherung gewährleistet. Der dem Arbeitgeber entstehende Ausfall wäre durch entsprechende Verwendung der teilweise invaliden Arbeiter sehr niedrig zu halten und zudem mehr als ausgeglichen durch die Befreiung der Wirtschaft von der jetzigen Überlastung durch

die Erfordernisse der sozialen Fürsorge. Die völlig invaliden, zum mindesten 70% erwerbsbeschränkten Beschädigten wären durch Renten und sonstige Hilfen so reichlich zu versorgen, daß sie eine angemessene Lebensführung halten können.

Die maßlose Ausdehnung der Krankenversicherung hat eine unerträgliche, immer mehr zunehmende mißbräuchliche Inanspruchnahme der Ärzte, der öffentlichen Krankenanstalten und sonstigen Krankenhilfen zur Folge. Sie führt zu einer Lähmung des Gesundheitswillens, die anfängt, für die Aufrechterhaltung des Volkswohls gefährlich zu werden. Neben der Demoralisierung der Versicherten ist auch eine unverkennbare des Ärztestandes zu beklagen. Sie fällt jedoch nicht so sehr zu Lasten der Ärzte als derer, die durch unzweckmäßige, unpsychologische Gesetzesmaßnahmen den Arzt in Notlagen versetzen, die ihn zwingen, sein Gewissen mehr als er möchte zu erweitern.

Es ist daher eine vernünftige Anpassung der sozialen Gesetzgebung an die biologischen Grundgesetze der Welt zu verlangen und eine Abkehr von der diese zu sehr vernachlässigenden schematisch doktrinären Einstellung unserer derzeitigen sozialen Fürsorge.

Diskussion: *Bonhoeffer*-Berlin: Der Vorstand hat die Absicht, das von dem Herrn Vortragenden besprochene Thema in einer der nächsten Sitzungen zur Diskussion zu stellen. Es empfiehlt sich deshalb vielleicht heute, auf eine eingehendere Diskussion zu verzichten

14. *Willige*-Ilten bei Hannover: Ziele und Wege der Behandlung chronischer Geisteskranker

Die praktische irrenärztliche Tätigkeit an den chronischen Geisteskranken, die dauernd in Anstaltspflege bleiben müssen, wird erörtert. — Das Ziel dieser Arbeit muß sein, möglichst viele von diesen Kranken so weit zu bringen, daß sie im Rahmen der Anstalt ein Leben führen können, das nahezu dem entspricht, welches sie ohne ihre Psychose zu Hause führen würden, d. h. wir müssen versuchen, sie zu möglichst selbständiger Lebensführung in geeigneter Tätigkeit zu bringen. Da sie im Rahmen der Anstalt bleiben müssen, muß dieser Rahmen schließlich so weit und gewissermaßen so unsichtbar sein, daß die Kranken ihn kaum merken, daß der darin liegende Zwang ihnen nicht stärker zum Bewußtsein kommt als dem Gesunden der Zwang der Pflichterfüllung, der Arbeit, der Pünktlichkeit, der Unterordnung. Am besten ist dies Ziel erreicht, wenn die Kranken die Anstalt nur als einen Schutzort, ein Asyl ansehen, als eine übergeordnete Organisation, die für sie sorgt und ihnen den Kampf ums Dasein abnimmt. Die Erreichung dieses Zieles ist in Ilten in zweifacher Form möglich. Für die idealste Form wird die Familienpflege gehalten, aber auch die zweite, nämlich die selbständige verantwortliche Tätigkeit in den verschiedenen Betrieben der Anstalt steht nahezu auf der gleichen Stufe. In der Familienpflege leben die Kranken fast genau so wie sie zu Hause leben würden, nur die Ehelosigkeit, der Mangel der Freizügigkeit und die Unmöglichkeit, größere Barmittel zu erwerben, unterscheidet sie von ihren gesunden Standesgenossen. Die selbständigen Arbeiter in den Betrieben der Anstalt selbst leben beinahe so wie die gesunden Angestellten der Anstalt, sie benutzen die Anstalt nur als Kost- und Logierhaus, sind nur an die Haus-

ordnung gebunden, kein Pfleger überwacht sie, sie kommen und gehen, wie es ihnen die Arbeits-, Essens- und Schlafenszeit vorschreibt. — Die Familienpflege, die in Ilten schon seit 1880 eingeführt ist, wird in großen Umrissen geschildert, ebenso das Leben der selbständigen Arbeiter. Bei einer ganzen Anzahl der unheilbaren Geisteskranken läßt sich das erwähnte Ziel erreichen durch konsequente Erziehung unter Anwendung der verschiedensten Methoden, die ganz individuell ausgewählt werden müssen. Zurzeit haben wir in Ilten 37% der chronischen Geisteskranken in Familienpflege oder als freie selbständige Arbeiter in den Betrieben der Anstalt. Dieser Prozentsatz läßt sich zweifellos allmählich noch steigern.

15. *Scharnke*-Marburg: Über Beziehungen zwischen Sinnestäuschungen und eidetischer Anlage.

Vor Jahresfrist hat *E. R. Jaensch* in Cassel erneut die Forderung aufgestellt, daß „die eidetischen Untersuchungen auch in der Lehre von den Halluzinationen und Pseudohalluzinationen mit den medizinischen Disziplinen Fühlung nehmen müssen“, d. h. also, daß die Psychiatrie sich mit der Eidetik auseinanderzusetzen habe. Eidetiker sind bekanntlich, nach *Jaensch*, Menschen, meist Jugendliche, die „subjektive optische Anschauungsbilder“ haben, d. h. optische Phänomene ohne Vorhandensein eines gegenwärtigen Sinnesreizes. „Der Eidetiker kann ein Bild oder ein anderes anschauliches Objekt nicht nur als Vorstellung, sondern anschaulich mit dem Charakter der Empfindung reproduzieren, also z. B. ein früher dargebotenes Bild später nach der Wegnahme des Bildes nicht nur vorstellen, sondern im buchstäblichen Sinne wiedersehen.“ In den äußersten Grenzfällen handle es sich geradezu um nach außen projizierte Vorstellungen, die aber auch im buchstäblichen Sinne gesehen werden wie die Nachbilder.

Die Forderung *E. R. Jaenschs* würde mich noch nicht veranlaßt haben, hier über die Beziehungen zwischen Eidetik und Halluzinationen zu sprechen, wenn nicht die forensische Begutachtung eines früheren Eidetikers mir die praktische Wichtigkeit der Frage gezeigt hätte. Auch die mir leider erst ganz kürzlich zu Gesicht gekommene Arbeit von *Fischer* und *Welke* (Eine neue Art von Trugwahrnehmungen, Archiv 76, 1925, S. 143) läßt deutlich erkennen, welche Gefahren für die Weiterentwicklung der Lehre von den Halluzinationen aus der Lehre von der Eidetik erwachsen können.

Die Behandlung der ganzen Frage ist heikel, weil die Lehre von der Eidetik noch im Fluß, die Lehre von den Halluzinationen wieder in Fluß geraten ist. Es ist ein großes Verdienst *Bumkes*, daß er schon in seiner Diagnostik so scharf auf die innere Wesensverschiedenheit jener ganzen Gruppe von pathologischen Vorgängen hingewiesen hat, die wir Halluzinationen zu nennen gewöhnt sind, und daß er ganz besonders für die Sinnestäuschungen der Schizophrenen betont hat, „daß sie sich von den Sinneswahrnehmungen des Gesunden weit entfernen“. „Was Schizophrene in dieser Hinsicht erleben, läßt sich mit normalen Empfindungen anscheinend überhaupt nicht vergleichen“. Der entscheidende Ruck für die Weiterentwicklung der Lehre von den Halluzinationen ist aber wohl von *Schröder* ausgegangen; seine Lehre, daß die

Halluzinationen überhaupt nicht isoliert, sondern nur im Rahmen des jeweiligen Symptomenkomplexes untersucht und analysiert werden dürfen, hat schon jetzt unser Verständnis für das als Halluzinationen bezeichnete krankhafte Erleben sehr gefördert. *Schröder* hat bekanntlich das „Symptom“ Halluzination in seinem Vorkommen 1. beim deliranten Symptomenkomplex, 2. bei der von ihm so genannten „Verbalhalluzinose“, 3. bei „Stimmungsanomalien mit Beziehungswahn“ und 4. bei der „Hallucinosis phantastica“ analysiert und hat auch zu den bei organischen Hirnrindenerkrankungen vorkommenden Sinnestäuschungen Stellung genommen. Wenn er sagt: „Die angeführten 4 Symptomenkomplexe sind klinisch als weit voneinander verschieden bekannt, die in ihrem Rahmen auftretenden Sinnestäuschungen haben sehr verschiedenen Charakter und sehr verschiedene Genese. Sie sind nichts weniger als gleichwertig. Sehr wohl möglich ist, daß es noch andere solche Komplexe gibt“, so hat er uns hier für die Lehre von den Halluzinationen denselben Fortschritt gebracht, wie er für die Lehre von den Wahnvorstellungen schon lange und mit so weitreichender Bedeutung erzielt worden ist.

Man braucht dabei nicht allen Ausführungen *Schröder*s zu folgen; so etwa, wenn er sagt: „Es ist tatsächlich mehr ein Streit um Worte, ob man das Träumen ein Halluzinieren nennen will oder nicht“; man wird einwenden können, daß es unbedingt notwendig ist, zu berücksichtigen, ob sich die halluzinatorischen Erlebnisse im wirklichen oder im halluzinierten Raume abspielen; man wird auf die Bedeutung normaler und pathologischer Affekte für die Entstehung und den Ablauf halluzinatorischer Erlebnisse zu achten haben, und man wird der wiederum versuchten Überbrückung der Kluft zwischen Wahrnehmung und Vorstellung nicht zu folgen brauchen. Wenn *Schröder* sagt: „Wahrnehmen und Vorstellen sind nichts als die Enden einer langen Reihe von seelischen Geschehnissen. Wahrnehmen ist nur der Sonderfall in dem ewigen Fluß dieses Geschehens, welcher eintritt, wenn durch die Sinnesorgane übermittelte Vorgänge in ihn mit eingreifen“; — Anschauungen, wie sie gerade auch von den Schöpfern der Eidetik vertreten werden —, so wird das an der mindestens genetisch vorhandenen Kluft zwischen den beiden seelischen Erlebnissen vielleicht nichts ändern können. Denn hier gibt es wohl nur ein Entweder — Oder: entweder es kommt zum Fluß des seelischen Geschehens ein durch die Sinnesorgane aufgenommener Reiz aus der Umwelt hinzu — Wahrnehmung — oder es wird kein solcher Reiz perzipiert: Vorstellung. Man wird also vielleicht dabei bleiben können, daß hier Übergänge nur durch Urteilstäuschungen zustande kommen, indem die Unvollkommenheit unserer seelischen Apparatur uns gelegentlich nicht erlaubt, zu unterscheiden, wieviel vom Erlebten Wahrnehmung, wieviel davon Vorstellung gewesen ist. An der Bedeutung der *Schröder*schen Lehren und an ihrer Fortentwicklung wird das alles nichts ändern, auch wenn die eben gemachten Einwendungen sich als berechtigt herausstellen sollten. Insbesondere hätte ein Versuch, die Beziehungen zwischen „den Halluzinationen“ und den eidetischen Phänomenen zu untersuchen, vor den *Schröder*schen Arbeiten von vornherein als völlig aussichtslos erscheinen müssen.

Daß das jetzt möglich ist, liegt freilich auch daran, daß *E. R. Jaensch*, nachdem er anfangs die Bedeutung der Lehre von den Anschauungsbildern

für das pathologische seelische Erleben vielleicht überschätzt hatte, sich jetzt weitgehend psychiatrischen Ansichten anzuschließen begonnen hat. An der Definition der eidetischen Phänomene hat sich gegenüber den ersten Publikationen seiner Schule nichts Wesentliches geändert: „es sind buchstäblich optische Phänomene, denen aber nicht Wirklichkeitscharakter zugeschrieben wird; sie lassen sich in ihrer Erscheinungsweise am besten mit den physiologischen Nachbildern vergleichen, die ja auch nicht für reale Objekte gehalten werden“ (von *E. R. Jaensch* mir gegenüber noch ganz kürzlich mündlich gegebene Definition), aber *E. R. Jaensch* ist jetzt auch selbst zur Ansicht gelangt, daß die eidetischen Phänomene mit den spezifisch schizophrenen von uns vorerst noch als Halluzinationen bezeichneten Erlebnissen gar nichts zu tun haben. Erst mit diesem großen Fortschritt ist weitere Arbeit ermöglicht worden.

Es bleibt zu untersuchen, ob etwa die weitere Lehre *Jaenschs* „Die Entstehungsweise der eidetischen Phänomene kann eine ganz andere sein als die der physiologischen Nachbilder; insbesondere können sie unter Umständen ohne jede Vorlage erzeugt werden“ zur Annahme irgendwelcher Beziehungen zwichen Halluzinationen und Anschauungsbildern führen kann. Die Notwendigkeit knappster Darstellung gestattet mir nur kurze Hinweise auf die wichtigsten unterscheidenden Merkmale. Die Trugwahrnehmungen z. B. der deliranten Zustände — und das Gleiche gilt wohl für die Sinnestäuschungen der meisten organischen Hirnprozesse, soweit dabei überhaupt Sinnestäuschungen vorkommen — werden im Zustand mehr oder minder stark getrübten Bewußtseins erlebt, haben durchaus Wirklichkeitscharakter, werden in den wirklich vorhandenen Raum eingegliedert, zugleich mit den wirklichen Objekten wahrgenommen und wie diese für wirklich gehalten, und daher entsprechend affektiv verarbeitet. Die eidetischen Phänomene dagegen, bei völlig klarem Bewußtsein erlebt, haben, um mit *Jaspers* zu sprechen, zwar Objektivitätscharakter, führen aber nicht zum Realitätsurteil; sie können, mit der Blickrichtung wandernd, an jede beliebige Stelle des Raums projiziert werden, haben in der Regel keine festen Beziehungen zum wirklichen Raum und zu den wirklichen Objekten und werden affektiv nicht entfernt so wirksam wie etwa schreckhafte Visionen während eines Trinkerdelirs. Mögen diese und andere unterscheidenden Merkmale im Einzelfalle undeutlich werden oder gar versagen, grundsätzlich und im allgemeinen auch praktisch wird man doch wohl zum Ergebnis kommen müssen, daß die in den deliranten Symptomenkomplexen enthaltenen Trugwahrnehmungen mit den eidetischen Phänomen, auch mit den ohne Vorlage entstehenden, gar nichts zu tun haben. Noch viel weniger werden die Halluzinationen der weiteren drei von *Schröder* abgegrenzten Symptomenkomplexe irgendwie zu den eidetischen Phänomenen in Beziehung gesetzt werden können. So bleiben für solche Beziehungen nur die psychogenen Halluzinationen und die sogenannten Pseudohalluzinationen.

Wenn *Bumke* sagt: „Die Sinnestäuschungen der Hysterie zeigen alle Übergänge von vollkommen willkürlicher Herstellung bis zur absoluten Beherrschung des Kranken durch das pathologische Geschehen“, so wird man dem wohl für alle psychogenen, nicht nur für die hysterischen Sinnestäuschungen hinzufügen dürfen, daß sie ohne die Mitwirkung mehr oder

minder starker Affekte und Wünsche kaum denkbar sind, während die eidetischen Phänomene, wenn auch affektiv beeinflußbar, doch grundsätzlich von den Affekten unabhängig sind. Will man aber Erlebnisse, die „in spielerischer Phantasietätigkeit" auch ohne die Mitwirkung von stärkeren Affekten von den Kranken selbst hervorgerufen werden, ebenfalls noch als psychogene Halluzinationen bezeichnen, so werden derartige Erlebnisse von den Kranken, falls sie etwa Eidetiker sind, im allgemeinen schon darum nicht mit Anschauungsbildern verwechselt werden, weil diese im ganzen den Charakter nüchterner Realität zu tragen pflegen und beliebigen phantastischen Veränderungen nur in geringem Maße, ja vielfach gar nicht zugänglich sind, und man wird bei wirklicher Beherrschung des Kranken durch „psychogene Halluzinationen" sich immer wieder die Frage vorzulegen haben, ob es sich nicht vielmehr um eine Täuschung des Urteils als um eine Täuschung des Empfindens handelt.

Wenn überhaupt die Gefahr einer Verwechslung von eidetischen Phänomen und psychogenen Halluzinationen für den Betroffenen denkbar ist, so könnte sie wohl am ehesten noch dann vorliegen, wenn etwa ein Eidetiker, der älter werdend im Begriff ist, die eidetische Anlage zu verlieren, sich in spielerischer Phantasietätigkeit Ersatz zu schaffen sucht für die entschwindenden Anschauungsbilder. Es ist mir aber bisher nicht bekannt geworden, daß praktisch etwas Derartiges vorkommt.

Somit spitzt sich das Problem zu zu der Frage, ob es Beziehungen gibt zwischen den eidetischen Phänomenen und den Pseudohalluzinationen, und diese Frage ist in der Tat schwer, ja vorerst vielleicht überhaupt noch nicht präzise zu beantworten, weil bisher weder der Begriff der Pseudohalluzination noch der des Anschauungsbildes zur Lösung der vorliegenden Frage scharf genug gefaßt ist.

Nach *Kandinsky* sind Pseudohalluzinationen Halluzinationen, die als solche erkannt, aber doch mit sinnlicher Deutlichkeit wahrgenommen werden; *Bumke* definiert, „Pseudohalluzinationen sind lebhafte Phantasievorstellungen, die unabhängig vom Willen auftreten und vermöge ihrer krankhaft gesteigerten sinnlichen Deutlichkeit gelegentlich mit wirklichen Wahrnehmungen verwechselt werden". *Jaspers* dagegen trennt sie auch nach der Art, wie sie erlebt werden, scharf von den Halluzinationen bzw. von den Wahrnehmungen: „Die Pseudohalluzinationen haben immer noch etwas, was ihre Zugehörigkeit zu den Vorstellungen kenntlich macht. — Die echten Halluzinationen haben den Charakter der Objektivität, die Pseudohalluzinationen können die allerlebhaftesten, deutlichsten, intensivsten sein, sie werden nie leibhaftige Gegenstände. Aber die blasseste, undeutlichste, unbestimmteste Halluzination bewahrt jenen Charakter der Objektivität". Man könnte für die Definitionen *Kandinsky*s und *Bumke*s vielleicht noch die kürzere Formel wählen, Pseudohalluzinationen sind Halluzinationen mit Kritik, aber nach den Anschauungen *Jaspers'* ist diese kürzere Formel wohl schon nicht mehr zulässig, und die scheinbare Annäherung der Anschauungsbilder an die Pseudohalluzinationen wird wieder hinfällig. Es kommt aber ein Weiteres hinzu, die Beziehung nämlich der Pseudohalluzinationen zum Raum. Wenn es bei *Kandinsky* heißt: „Das Pseudohalluzinieren hört ebenfalls auf beim Fixieren der Aufmerksamkeit auf das schwarze Feld der geschlossenen Augen, auf die um-

gebenden realen Gegenstände[1]), wenn die Augen geöffnet sind, sowie auch mit dem Beginn der unwillkürlichen oder willkürlichen Tätigkeit des abstrakten Denkens", so kann es nach dieser Definition keine Beziehungen zu den Anschauungsbildern mehr geben, weil diese vielfach ein Betrachten realer Gegenstände geradezu zur Voraussetzung haben! Es ergibt sich aber weiter aus den genannten Definitionen, daß keineswegs Einigkeit darüber herrscht, was noch unter den Begriff der Pseudohalluzinationen zu rechnen ist.

Ich selbst habe im Kriege nach ungeheuren Strapazen, insbesondere nach Mangel an Schlaf, während eines stundenlangen Nachtmarsches im Marschieren brennende Häuser rechts und links an der in Wirklichkeit völlig häuserfreien Landstraße gesehen, mit völliger sinnlicher Deutlichkeit und mit allen Einzelheiten, dabei aber doch mit dem keinen Augenblick schwankenden Bewußtsein, daß es sich um eine Täuschung handle, die mit jedem gewaltsamen Emporraffen sofort verschwand, um beim Zurücksinken in das Dahintrotten der völligen Erschöpfung alsbald wiederzukehren, und diese leibhaftig gesehenen brennenden Häuser hatten stets eine feste Beziehung zum wirklich vorhandenen Raum, also zur Landstraße, auf der wir marschierten. Es wäre also eine Pseudohalluzination gewesen, wenn man für diese die Definition „Halluzination mit Kritik" zuläßt, aber nach der *Jaspers*schen Definition dürfte das Erlebnis vielleicht doch nicht zu den Pseudohalluzinationen gerechnet werden! Denn die Leibhaftigkeit war absolut!

Die Schwierigkeit eines Vergleichs pseudohalluzinatorischer Erlebnisse mit eidetischen Phänomen wird aber noch größer, wenn man berücksichtigt, daß auch die Anschauungsbilder zweifellos in sehr verschiedenartiger Weise erlebt werden können, je nachdem sie mehr Nachbild- oder mehr Vorstellungsbild-Charakter haben. (Das Nähere darüber muß bei *Jaensch* nachgelesen werden.)

Es muß außerordentlich schwer, ja fast unmöglich sein, bei einer Untersuchung über Beziehungen zwischen zwei seelischen Erlebnisarten zu brauchbaren Ergebnissen zu gelangen, wenn die eine von diesen Erlebnisarten (oder gar beide) jedem Versuch einer fest umrissenen Abgrenzung bisher zu spotten vermocht hat. Aus diesem Grunde glaube ich auch, daß der Versuch *Fischers* und *Welkes*, mit der Aufstellung der „subjektiven optischen Anschauungsbilder mit Realitätscharakter" eine neue Art von Trugwahrnehmungen in die Psychiatrie einzuführen, nur mit größter Vorsicht aufgenommen werden darf. (Leider kann ich ja, der Kürze der Zeit wegen, auch auf diese Arbeit nur ganz kurz eingehen.) Die Breslauer Autoren haben ihre Ergebnisse an 10 Jugendlichen im Alter von 9 bis 18 Jahren gewonnen, und zwar an 2 „abklingenden" Schizophrenen, 2 Hysterischen, von denen die eine eine kongenitale Lues hatte, die andere debil war, 2 postenzephalitisch psychisch Veränderten, 2 schweren Psychopathen und 2 Neuropathen. Sie haben mit ihrer Arbeit in verdienstvoller Weise an das Problem gerührt, ob die Wahrnehmungen und die Vorstellungen Geisteskranker, wenn diese früher eidetisch waren oder noch eidetisch sind, anders erlebt werden als von Nicht-Eidetikern. Ihren Ausführungen

[1]) von mir durch Sperrdruck hervorgehoben.



im einzelnen aber kann man schon darum nicht uneingeschränkt folgen, weil unter Vernachlässigung der Lehren *Bumkes* und *Schröders* die Halluzinationen als einheitliches Symptom behandelt und in Beziehung zu anderen Trugwahrnehmungen gesetzt werden. Das macht eine Verständigung geradezu unmöglich. Des weiteren aber fürchte ich, daß man aus einem so wenig einheitlichen Krankenmaterial vergleichende Schlüsse über seelische Erlebnisarten überhaupt nicht ziehen kann, und ferner, daß *Fischer* und *Welke* zum Teil hysterische Halluzinationen bei Eidetikern oder suggestiv beeinflußte Anschauungsbilder oder Illusionen beschrieben haben, so etwa, wenn ein 13 jähriges Mädchen im Halbdunkel sich die Mutter im Sarge vorstellen soll bzw. ein Anschauungsbild produziert oder wenn eine „klassische Hysterica", Schauspielerin, 18 Jahre, in Gegenwart des Arztes Schlangen sieht!, und daß es sich in anderen Fällen bei den Versuchspersonen nicht um eine neue Art des sinnlichen Erlebens, sondern um Urteilsstörungen bei psychisch nicht vollwertigen Eidetikern gehandelt hat. (Leider ist nur bei einem Protokoll, dem der „klassischen Hysterica", die Art der psychischen Veränderung angegeben.) Besonders auffallend ist es auch, wenn die Autoren „eine Reihe: subjektive optische AB mit Realitätscharakter — psychogene Halluzinationen — nichtpsychogene Halluzinationen aufstellen" zu können glauben, eine Reihe also mit funktionellem Beginn und organischem Ende, und gerade die Aufstellung dieser Reihe weist darauf hin, daß man hier in die Gefahr gerät, in der Diskussion hoffnungslos aneinander vorbeizureden! Ich will daher nur noch bemerken, daß es mir bisher noch nicht gelungen ist, bei einem psychotischen Individuum in einwandfreier, der Kritik standhaltender Weise AB nachzuweisen.

Ein solches Vorkommen von AB bei psychotischen Individuen wird ja auch schon darum nicht häufig erwartet werden dürfen, weil nach den Ergebnissen der Eidetik-Forschung der Höhepunkt des eidetischen Erlebens schon mit dem 14. Lebensjahr überschritten zu werden und die eidetische Anlage nach weiteren 2 bis 3 Jahren ganz zu verschwinden pflegt.

Sehr lehrreich ist mir in dieser Beziehung die forensische Begutachtung eines jetzt 22 jährigen jungen Mannes gewesen, der 1919 und 1920, im Alter von 15 Jahren, von *E. R. Jaensch* selbst als Eidetiker festgestellt, 3 Jahre später in einen Zustand von Pseudologia phantastica hineinzugeraten begann und nach 2 weiteren Jahren, als 20 jähriger, durch Urkundenfälschungen sich strafbar machte. Dieser junge Mann, Sohn eines kleinen Beamten, hat fast 2 Jahre lang drei Leben gleichzeitig und nebeneinander geführt. Er besuchte eine technische Akademie und war dieser und seinen Wirtsleuten gegenüber der Beamtensohn; einem jungen Mädchen gegenüber, das er zu lieben vorgab, wurde er zum Prinzen aus großem, mediatisiertem Hause, der sich aus abenteuerlichen Gründen verbergen mußte (auch die Eltern des Mädchens haben alles geglaubt), und seinen Eltern gegenüber wurde er Mitglied des Aufsichtsrats einer großen Handelsgesellschaft, bestand die Prüfung nicht nur an der kleinen Akademie, sondern machte auch das Abitur nach, bestand die Prüfung einer technischen Hochschule und begann Jura zu studieren, während er re vera nicht einmal die kleine Akademie besuchte und sich vor allem damit beschäftigte, das den Eltern unter immer neuen Vorwänden entlockte Geld in sinnlosen Reisen durchzubringen, bis er schließlich, nach völliger Ausplünderung

der Eltern, zu Wechseln seine Zuflucht nahm, die er mit prinzlichem Namen unterzeichnete. In den letzten Wochen, bevor die Anklage gegen ihn erhoben wurde, war er dann angesichts der unvermeidlichen Katastrophe in einen wohl echten Affekt der Angst und Ratlosigkeit geraten und hatte mehr oder minder ernsthaft mit Selbstmordgedanken gespielt.

Trotz dieses Affektes nun und trotz des phantastischen Vorstellungslebens, über das uns zahlreiche Briefe an die Eltern und an die Braut Aufschluß gegeben haben, hat er während der ganzen 2 Jahre niemals ein Erlebnis gehabt, das als Halluzination angesprochen werden könnte, seine früher festgestellte eidetische Anlage hat sich auch in der Zeit wirklicher Angst nicht bemerkbar gemacht, und auch nachdem er in der Klinik — auf Grund des § 81 eingewiesen — reichlich Gelegenheit gehabt hatte, sich über Halluzinationen und ähnliches zu orientieren, hat er an ihm auffälligen Erlebnissen nur 2 Illusionen vorzubringen vermocht, wie sie jedem Gesunden täglich unterlaufen können: er wollte, bei unsicherer Beleuchtung, einmal seine Braut, einmal seinen Vater auf der Straße gesehen haben, was sich dann als irrtümlich herausstellte, beides zu einer Zeit, in der er bereits ängstlich war und alle Ursache hatte, zu wünschen, nicht gesehen zu werden.

Ich glaube, daß diese Beobachtung eindringlich dazu ermahnt, bei der Einbeziehung der Lehre von den Anschauungsbildern in die Psychiatrie ganz besondere Vorsicht walten zu lassen. Die Lehre von den Halluzinationen ist im Begriff, sich von jahrzehntelang getragenen viel zu engen Fesseln zu befreien. Die Lehre von der Eidetik, im Überschwang der Forscherfreude zunächst wohl über zu weite Regionen gespannt, besinnt sich auf sich selbst und kehrt zu ihrem eigensten Gebiet, zur Psychologie des normalen Jugendlichen, zurück. Ich glaube, wir haben alle Ursache, diese Entwicklung nicht zu stören.

Diskussion. — *Nießl v. Mayendorf*-Leipzig: Delirantenmaterial halte ich zur Erforschung des Problems der Halluzinationen für ungeeignet, weil Deliranten über ihre eigenen inneren Vorgänge nicht klaren Bescheid geben können. Es gibt sinnlose Halluzinationen von solcher Schärfe, daß die Kranken ihre Trugwahrnehmungen reproduzieren können. Am besten eignen sich zum Studium ganz besonnene Kranke, weil ihre Auskünfte am zuverlässigsten sind. Es gibt zweifellos Psychopathen mit einer besonderen Anlage zum Halluzinieren.

16. *Bernhard Dattner*-Wien: Über die Auslösung paranoid-halluzinatorischer Zustandsbilder durch Salvarsanbehandlung.

Der Übertritt des Salvarsans in das Zentralnervensystem vollzieht sich manchmal aus nicht im einzelnen bekannten Gründen unter den stürmischen Erscheinungen einer Purpura haemorrhagica und ist dann begleitet von Anfällen, Bewußtseinstrübung und Psychosen von großer Mannigfaltigkeit der klinischen Bilder, wie sie nach *Kraepelin* kennzeichnend sind für psychische Störungen nach Vergiftungen mit chemischen Stoffen. Neben diesen schwersten, mit Krämpfen einhergehenden und in den meisten Fällen tödlich verlaufenden Intoxikationen gibt es solche milderen Charakters. Sie zeigen vor allem halluzinatorische Verworren-

heit, manische Erregung, oft Verfolgungswahnideen, treten häufig bei spezifisch behandelten spätlatenten Luetikern, gewöhnlich nach der zweiten oder dritten Salvarsaninjektion auf und leiten nicht selten die progressive Paralyse ein. Sie klingen in der Regel in kurzer Zeit ab und hinterlassen in günstig verlaufenden Fällen keine wesentlichen Störungen. Daneben aber gibt es Fälle, bei welchen sich eine chronische paranoid-halluzinatorische Psychose entwickelt, welche charakterisiert ist durch äußere Ordnung des Patienten, vollkommene Klarheit und Besonnenheit, ungestörte Orientierung, unbeeinflußte Merkfähigkeit und gutes Gedächtnis. Sie steht den von *Plaut* als Halluzinose der Syphilitiker beschriebenen und den paranoiden Psychosen nahe, die *Jakob* bei stationären Paralysen beobachtet hat. Auffallend ist das gehäufte Auftreten solcher Geistesstörungen seit dem Einsetzen der kombinierten spezifisch-unspezifischen Heilmethoden der progressiven Paralyse, so daß ein Zusammenhang zwischen dieser atypischen Gestaltung des Krankheitsbildes und der Intensivierung der Behandlung angenommen werden muß, der noch wahrscheinlicher durch den Umstand gemacht wird, daß unter den verschiedenartigen kombinierten Behandlungsverfahren gerade jene Gruppen die größte Beteiligung an der chronischen Halluzinose aufweisen, welche der offenbar stärker wirkenden Therapie unterzogen wurden.

Es lag nun der Gedanke nahe, die Entstehungsbedingungen dieser Halluzinosen zu untersuchen. Aus den nunmehr etwa 50 Fälle umfassenden Beobachtungen des Referenten geht folgendes hervor: Paranoidhalluzinatorische Zustandsbilder entwickeln sich besonders häufig bei Luetikern, welche oft wiederholte und lang ausgedehnte spezifische Kuren durchgemacht haben. Bei solchen Patienten treten oft bereits nach den ersten unspezifischen Injektionen (Alt-Tuberkulin oder Typhus-Impfstoff) oder bei der Malariabehandlung bereits während der ersten Fieberanfälle Sinnestäuschungen, besonders akustischer Natur und Wahnideen paranoiden Charakters auf, die in gar nichts unterschieden sind von den Halluzinationen anderer Genese. Vielfach kommt es nun sowohl bei diesen, aber auch bei Patienten, die vorher noch keinerlei Anzeichen einer psychischen Störung geboten hatten, im unmittelbaren Anschluß an eine Salvarsaninjektion zu kataton anmutenden Erregungszuständen mit Sinnestäuschungen und Wahnideen paranoiden Charakters, die nach einigen Tagen wiederum abklingen, um bei wiederholter Injektion neuerlich in gesteigertem Ausmaß aufzutreten und sich bei weiterer Fortsetzung der Behandlung zu stabilisieren. Es ist daher bei solchen Fällen, bei welchen sich bereits im Beginn der kombinierten Behandlung Zeichen einer allergischen Reaktion dieser Art ankündigen, größte Vorsicht bei der Durchführung der spezifisch-unspezifischen Kur geboten, dieselbe sogar unter Umständen abzubrechen.

Die große Häufigkeit solcher stationärer Halluzinosen bei malariabehandelten Paralysen glaubt Referent auf folgende Weise erklären zu können: Während der Malaria-Fieberperiode durchgeführte systematische Untersuchungen der Urobilinogen-Reaktion im Harn, deren unbedingter Wert als Ausdruck einer Leberschädigung zugegeben und welche daher nur als Vergleichsmaß verwendet wird, haben ergeben, daß dieselbe von Fall zu Fall verschieden hohe positive Grade erreicht, aber auch nicht bei allen Patienten die gleiche Dauer aufweist. Während manche Patienten

nur im Anfall eine positive U. R. und am nächsten Tage urobilinogenfreien Harn zeigen, gibt es andere, die während der ganzen Fieberzeit hoch positive Werte bieten und sogar nach dem Abbruch des Fiebers behalten. Wir haben Grund, anzunehmen, daß das jene Fälle sind, bei welchen die durch den Blutkörperchenzerfall und durch die Verarbeitung des körpereigenen und -fremden Eiweißes gestellte Aufgabe von der Leber nicht vollkommen bewältigt wird. Wird nun eine solche bereits insuffizient gewordene Leber nachher noch mit Salvarsan belastet, so ist sie offenbar nicht mehr imstande, ihre Schutzfunktionen auszuüben und die toxischen Eigenschaften des Salvarsans abzupuffern. Es fügt sich gut in diesen Zusammenhang ein, daß vornehmlich jene Luetiker an par.-hall. Psychosen erkranken, bei welchen wiederholte spezifische Kuren vorausgegangen sind, die bekanntlich häufig eine Leberschädigung setzen, so daß wir annehmen können, daß die bereits von früher her geschädigte Leber den gesteigerten Anforderungen der kombinierten Kur nicht mehr gewachsen ist. In gleicher Richtung wirkt aber auch die durch die unspezifische Behandlung herbeigeführte erhöhte Durchlässigkeit der Blut-Liquor-Schranke, welche den Übertritt toxischer Substanzen in das ZNS. erleichtert. Es ist sehr wahrscheinlich, daß die durch die lang ausgedehnten und oft wiederholten spezifischen Kuren gesetzten Kapillar-Endothelschädigungen für diese Auflockerung der Grenzscheiden vorbereitend gewirkt haben. Vielleicht erklärt diese erhöhte Durchgängigkeit der „barrière hématoencéphalique“ auch das besonders häufige Vorkommen von apoplektiformen und epileptiformen Anfällen bei unseren Kranken, wenn wir die Anfälle als anaphylaktoide Reaktion auffassen wollen. Damit stimmt überein, daß solche Patienten in hohem Grade alkohol-intolerant sind und in einigen Fällen Einschränkung des Fleischeiweißes zu einer weitgehenden Abschwächung der Sinnestäuschung geführt hat.

Noch einer interessanten Erscheinung soll gedacht werden, d. i. das regelmäßige Auftreten von Reizerscheinungen der Mund- und Zungenmuskulatur, die von den Italienern als „Bonbon-Symptom“ bezeichnet werden und die offenbar einen Hinweis auf pathoklitische Zusammenhänge im Sinne von *O.* und *C. Vogt* geben.

Die paranoid-halluzinatorischen Psychosen haben als solche nichts mit der Paralyse zu tun. Sie etablieren sich aus verständlichen Gründen nur besonders leicht dort, wo bereits Veränderungen ausgebreiteter Art im ZNS. vorhanden sind. Sie sind insofern vom Grade der zugrundeliegenden Erkrankung abhängig, als ausgesprochene Demenz, Verarbeitung von Sinnestäuschungen und Bildung systematisierter Wahnideen verhindert. So sehen wir denn auch bei progredienter Paralyse die Halluzinose in der allgemeinen Verblödung untergehen. Es ist dann aber auch nicht so paradox, wie es scheint, daß gerade jene Paralysen, bei welchen sich besonders stürmische paranoid-halluzinatorische Störungen eingestellt haben, eben auch diejenigen sind, bei welchen das Optimum des Wirkungsausmaßes unserer Behandlung erreicht worden ist, indem nämlich das spezifisch wirkende Heilmittel, das Salvarsan, am reichlichsten in das ZNS. übergetreten ist. Das erklärt uns denn auch vielleicht die von *Gerstmann* behauptete relative Häufigkeit stationären Verlaufs bei diesen Fällen. In vielen anderen jedoch nimmt die Paralyse unabhängig

vom paranoid-halluzinatorischen Symptomenkomplex ihren regulären Verlauf.

Aus der Untersuchung geht hervor, daß es zur Vermeidung solcher atypischer Auswirkungen unserer Therapie zweckmäßig erscheint, möglichst jene Behandlung anzuwenden, welche die größte Aussicht auf die vollständige Beendung der sonst chronischen Erkrankung bietet, und das ist die kombinierte Malaria-Salvarsan-Therapie der primären und sekundären Lues.

17. *Nießl v. Mayendorf*-Leipzig: Über die physiologische Gliederung der Hirnrinde.

Vortragender tritt mit aller Entschiedenheit den irreführenden Lehren des Berliner Professors *Oskar Vogt*, welcher die menschliche Rindenoberfläche in 200 Felder einteilt, deren jedes ein Seelenorgan bedeuten soll, entgegen. Er bezeichnet eine solche Anschauung als bedenklichen Rückschritt, der uns wieder auf den von der klassischen Periode der deutschen Hirnforschung längst überwundenen Standpunkt *Franz Joseph Galls* zurückversetzt. Es gibt keine Methode, welche uns in den Stand setzte, die Rindenfläche in 200 scharf abgrenzbare Areale mosaikartig zu zerlegen. Dagegen lehrt uns die Verfolgung der zentralen Sinnesbahnen im Großhirn, daß jedes periphere Sinnesorgan eine wohlcharakterisierte kortikale Repräsentation besitzt, während die übrige Hirnrinde beim Menschen sehr kompliziert gebaute Zwischenglieder darstellt, welche mit zahlreichen absteigenden Fasern ausgestattet ist. Diesen kommt die Bedeutung einer Hemmung in subkortikalen Zentren automatisch und reflektorisch ablaufender Vorgänge zu. Die physiologische Duplizität der Großhirnsysteme ist zuerst von *Flechsig* erkannt und in seiner Rektoratsrede vorgetragen worden. Ein solcher Bauplan reicht in der Tat vollständig aus, um ein Instrument darzustellen, mit welchem die vielfältigsten und verschiedenartigsten Kombinationen zwischen seinen elementaren Gewebsbestandteilen geschlagen werden können. Einen psychisch-assoziativen Komplex durch die Funktion einer ganz umschriebenen, lokalisierbaren Gangliengruppe erklären zu wollen, widerstreitet der primitivsten psychologischen Überlegung, da die psychische Assoziation eine Verbindung von Elementen nach den Prinzipien der Zeit und des Zweckes und daher überhaupt nicht lokalisierbar ist. Wenn *Vogt* dem berühmten Ignorabimus von *Dubois Reymond* entgegen hoffnungsfreudig ausruft: Wir wissen und werden wissen, so ist ihm allerdings in gewissem Sinne Recht zu geben. Wir wissen schon heute, daß sich eine zytoarchitektonische Gliederung der Hirnrinde, wie sie *Vogt* verkündet, niemals in eine psychoarchitektonische verwandeln kann. (Eigenbericht.)

Diskussion: *Bonhoeffer*-Berlin fragt, ob von dem Vortragenden physiologische Verschiedenheiten, die der Verschiedenheit der Architektonik entsprechen, abgelehnt werden.

18. *Stanojevic*-Belgrad: Über die Art des Gedächtnisabbaus bei Paralytikern.

Der Vortr. unterwarf eine Serie von Paralytikern dem Experiment und kam zu dem Ergebnis, daß der paralytische Prozeß in der Hirnrinde

ebenso diffus-sukzessiv in fronto-temporaler Richtung fortschreitet, wie auch die einzelnen Gedächtnisqualitäten sukzessive eine nach der andern zugrunde gehen. — Welche Anteile der Gedächtnisfunktion aber früher und welche später zugrunde gehen werden, in Übereinstimmung mit dem schleichenden Beginn des Rindenzerstörungsprozesses in den Stirnlappen, in den Übergangsteilen zur Insula Reilii oder im Schläfenlappen — das kann man natürlich niemals im vorhinein sagen, da hier ja Variationen in der Resistenz der einzelnen Hirnteile wie auch Verschiedenheiten in der individuellen Disposition der Kranken mitspielen werden.

Diskussion: *Nießl v. Mayendorf*-Leipzig: Der Isocortex scheint gegen das Virus, welches die progressive Paralyse auslöst, weniger widerstandsfähig zu sein. *Alzheimer* hat dies durch seine histopathologischen Untersuchungen festgestellt.

19. *Wolpert*-Berlin: Über die Halluzinationen der Schizophrenen.

So verschieden die Ansichten über das Halluzinationsproblem sind, in einer Beziehung schien früher Übereinstimmung zu herrschen, daß das subjektive Erlebnis des Halluzinanten, daß das Phänomen Halluzination sich in keiner Weise von der Wahrnehmung eines Gesunden unterscheide. Diese Ansicht fand ihren Ausdruck in fast allen Definitionen der Halluzination. In der älteren Literatur finden wir allerdings Abhandlungen, deren Autoren die Identität der Halluzination mit der Wahrnehmung bestreiten, so z. B. *Neumann*, der die Halluzination für eine Krankheit der Kritik hält, *Ludwig Meyer*, der die Halluzination für etwas Erlebtes hält, dessen die Kranken sich zur Begründung und Verteidigung ihrer Wahnvorstellungen und verkehrten Handlungen bedienen; diese Autoren blieben aber in der Minderheit, und bis in die jüngste Zeit herrschte die Lehre von der Übereinstimmung der Halluzination mit der Wahrnehmung.

Es muß aber festgestellt werden, daß die Halluzination, wenn man sich streng an die üblichen Definitionen hält, eine recht seltene Erscheinung ist und daß die von verschiedenen Autoren beschriebenen Beispiele diese Definitionen nicht nur nicht stützen, sondern ihnen widersprechen. *Hagen*, der die echte Halluzination als das „leibhafte Erscheinen eines subjektiv entstandenen Bildes neben und gleichzeitig mit wirklichen Sinnesempfindungen und in gleicher Geltung mit diesen“ definiert, sagt, daß sich die Häufigkeit der Halluzination nach diesem Begriff beträchtlich vermindere und daß es ihm nicht gelungen sei, das Symptom in so zahlreichen Exemplaren aufzubringen wie andere. Gegen die Lehre von der Gleichwertigkeit der Halluzination und der Wahrnehmung hat sich wiederholt *Schröder* ausgesprochen. *Schröder* wies nach, daß die Lehre von der Gleichwertigkeit der Halluzination und der Wahrnehmung, sich vorwiegend auf Beobachtungen an Deliranten stützt. Bei der einheitlichen Bewertung aller Halluzination genannten Erscheinungen, unabhängig von den Symptomenkomplexen, in deren Rahmen sie vorkommen (*Schröder*), glaubte man, daß diese Theorie auch für die Halluzination der Schizophrenen gelten müsse.

Es ist behauptet worden, daß die Autoren, die sich mit dem Halluzinationsproblem beschäftigten, zuviel Raum theoretischen Erörterungen

schenkten, dagegen wenig neues Material, neue Beobachtungen brächten. Ich glaube, daß wir in der neueren Literatur auch genügend kasuistisches Material besitzen, dagegen fehlt meines Erachtens eine kritische Analyse des subjektiven Erlebnisses Halluzination. Das Fehlen derartiger Analysen ist die Ursache dafür, daß verschiedenartige Phänomene als gleichwertig behandelt werden. Eine Analyse der Halluzination der Schizophrenen, die Beantwortung der Frage, was der Schizophrene während des Halluzinierens erlebt, soll meine heutige Aufgabe sein. Ich werde kein neues Material bringen, sondern versuchen, das vorhandene Material kritisch zu verwerten.

Richtet man an einen Schizophrenen die stereotype Frage, ob er „Stimmen" höre, so weiß er in der Regel, worauf es ankommt, und — vorausgesetzt, daß er nicht dissimuliere — bejaht er diese Frage und beginnt seine Halluzinationen zu schildern. Ein Gesunder dagegen versteht diese Frage nicht. Würden die Stimmen, die der Geisteskranke angeblich hört, normalen Wahrnehmungen gleichen, so dürfte der Schizophrene die Frage ebensowenig verstehen wie der Gesunde. Die verständnisvolle Reaktion auf die Frage: „Hören Sie Stimmen?", die doch unausgesprochen das Wort „unnatürliche" enthält, beweist, daß der Kranke die Halluzination als etwas Unnatürliches empfindet. Manche Kranke sagen spontan oder auch auf Befragen, daß die Stimmen, die sie hören, ihnen unnatürlich, seltsam, fremdartig erscheinen. Wir wollen dieses Merkmal der Halluzination als das Gefühl der Fremdheit bezeichnen.

Ein zweites Merkmal der Halluzination ist das Gefühl der Beeinflussung. Jeder Psychiater kennt die Klagen der Schizophrenen über Fernwirkung, Hypnose, Eingebungen, Einphotographierungen. Ich brauche natürlich nicht hier dieses Gefühl näher zu schildern. Ich möchte aber auf die Tatsache hinweisen, daß diese Erscheinung in Lehrbüchern sowohl als Merkmal der Halluzination als auch als besondere, selbständige Störung bei der Schizophrenie beschrieben worden ist. Meines Erachtens hat der Schizophrene während des Halluzinierens dieses Gefühl, und es liegt kein Grund vor, es als selbständige Störung aufzufassen.

Ein drittes Merkmal ist das Unlustgefühl, das die Kranken während des Halluzinierens haben. Sie sagen es, und man sieht es ihnen auch an, daß sie den Vorgang, ganz abgesehen vom Inhalt der Halluzination, als etwas Störendes, Peinliches, Quälendes empfinden.

Der Inhalt der Halluzination ist auffallend eintönig und unlustbetont. Er erniedrigt den Kranken, macht ihn verächtlich. Es ist auffallend, daß die meisten Schizophrenen ohne Unterschied der Rasse und des geistigen Niveaus immer wieder dieselben Klagen äußern: sie werden beschimpft, sie sehen anstößige Bilder, an ihrem Körper, insbesondere an den Geschlechtsteilen, werden unangenehme Manipulationen vorgenommen. Daß der Inhalt der meisten Halluzinationen der Schizophrenen unangenehm und aufreizend empfunden wird, behauptet auch *Kraepelin*, und *Bleuler* stellt fest, daß inhaltlich die Halluzinationen der Schizophrenen gewöhnlich Bedrohungen und Beschimpfungen sind. Nun läßt es sich nicht leugnen, daß Kranke zuweilen Halluzinationen haben, die man für lustbetonte halten könnte, so sagte z. B. eine Patientin, sie habe gehört, sie sei die Gebenedeite. Diese Halluzination ruft aber nicht,

wie man erwarten könnte, freudige Erregung hervor. Diese „guten Stimmen" sind immer viel seltener als die unangenehmen, und kommen bei demselben Individuum immer neben den zahlreicheren unlustbetonten vor. Im wesentlichen wirkt der Inhalt der Halluzination auf den Kranken erniedrigend, deprimierend, der Kranke wird auf jede Weise verächtlich gemacht, beschimpft, entmannt. Das Heiligste wird in den Schmutz gezerrt. Der Zwang, obszöne Bilder, Widerwärtigkeiten erleben zu müssen, erniedrigt den Patienten, macht ihn verächtlich in seinen eigenen Augen. Obwohl das alles längst bekannt ist, so ist dieser charakteristische Inhalt der Halluzination doch nicht genügend gewürdigt worden, denn er spricht gegen die Lehre von der Gleichheit der Halluzination und der Wahrnehmung. Würde es sich bei der Halluzination um eine Trugwahrnehmung handeln, um einen Reizzustand der Sinneszentren, so bliebe unerklärt, warum die Halluzinationen den eintönigen, erniedrigenden, verächtlichmachenden Inhalt haben. Die Annahme, daß der Inhalt geheimen Wünschen, Befürchtungen entspräche, ist nicht genügend begründet, und es wäre auch merkwürdig, wenn fast alle Schizophrene der Welt dieselben Wünsche, Befürchtungen hätten.

Man hat versucht, eine Verwandtschaft zwischen den Halluzinationen und den Zwangsvorstellungen festzustellen. Es muß zugegeben werden, daß einzelne Merkmale, der Zwang, das Unlustgefühl, das Gefühl der Fremdheit, die wir als Zeichen der Halluzination kennengelernt haben, auch zu den Merkmalen der Zwangsvorstellungen gehören. Aber abgesehen davon, daß der Inhalt der Zwangsvorstellungen ganz anders ist, besteht ein großer Unterschied in der Stellungnahme des Kranken zu seiner Störung. Der Zwangsneurotiker ist sich des Widersinnigen der Zwangsidee bewußt, er kann aber die Idee nicht los werden. Das Widersinnige der Halluzination wird aber vom Schizophrenen gar nicht bemerkt, nicht beachtet. Die Halluzination als solche, namentlich das Gefühl der Beeinflussung, steht als unerschütterliche Wahrheit da. Besteht also die fixe Idee des Zwangsneurotikers trotz logischem Denken, so ist bei der schizophrenen Halluzination das logische Denken in bezug auf diese Halluzination vollständig ausgeschaltet. Diese Ausschaltung des logischen Denkens ist ganz besonders bezeichnend für die schizophrene Halluzination, sie bewirkt den unerschütterlichen Glauben an die Halluzination und ihren Inhalt, sie macht die Halluzination zu einem Wahngebilde. Daß Beziehungen zwischen Wahnideen und Halluzinationen bestehen, war längst bekannt und die Frage, ob die Wahnidee Halluzinationen erzeuge oder umgekehrt, ist wiederholt diskutiert worden. Ich glaube, daß weder das eine noch das andere zutrifft. Die Halluzination selbst ist ein wahnhaftes Gebilde. Überhaupt ist eine prinzipielle Trennung der Wahnidee von der Halluzination nicht möglich. Auch die Wahnidee ist mit Fremdheitsgefühlen, Beeinflussungsgefühlen verbunden, und man findet in Lehrbüchern zuweilen ähnliche Beispiele sowohl als Halluzination als auch als Wahnidee angeführt. Auch die Darstellungsweise der Kranken ist häufig so, daß man im Unklaren bleibt, ob sie von Wahnvorstellungen oder Halluzinationen sprechen. In den Abhandlungen über das Halluzinationsproblem nimmt viel Raum das Realitätsurteil ein. Die Tatsache, daß der Inhalt der Halluzination vom Kranken als eine unerschütterliche

Wahrheit angenommen wird, konnten die Anhänger der Lehre von der Gleichheit der Halluzination und der Wahrnehmung nur durch die Annahme einer zweiten Störung erklären. *Goldstein* sagt, daß das Realitätsurteil ein sekundäres Phänomen sei, das mit der Halluzination als psychischem Tatbestand an sich nichts zu tun habe, es handle sich dabei um die Leistung eines abnormen Bewußtseinsorgans. Die Anerkennung der Wirklichkeit sei die Folge inhaltlicher Übereinstimmung der Halluzinationen mit den den Geisteskranken beherrschenden Ideen. Die Annahme einer zweiten, sekundären Störung ist für die Anhänger der Lehre von der Gleichheit der Halluzination und der Wahrnehmung unvermeidlich, denn eine Wahrnehmung kann niemals als eine unerschütterliche Wahrheit erscheinen. Die normalen Menschen verhalten sich Wahrnehmungen gegenüber recht kritisch, sie neigen eher dazu, Wahrnehmungen, die ihren Weltanschauungen, vorgefaßten Meinungen, Aberglauben widersprechen, zu unterdrücken. Es ist nicht schwer, einem Menschen zu beweisen, daß die Wahrnehmung nur etwas Scheinbares sei und daß das wahre Verhalten der Wahrnehmung nicht entspräche. Niemals würde einem Menschen, der an Doppelsehen leidet, einfallen zu sagen, daß der Gegenstand, den er doppelt sieht, auch doppelt vorhanden ist. Um also die unerschütterliche Überzeugung, für die es in der gesunden Psyche gar keine Analogie gibt, und die durch den Ausdruck Realitätsurteil nicht mal genügend charakterisiert wird, zu erklären, mußte man eine zweite selbständige Störung annehmen. Nun wäre es ein merkwürdiges Zusammentreffen von zwei voneinander unabhängigen Symptomen der Geisteskrankheit. Ferner ist es durchaus nicht bewiesen, daß die den Geisteskranken beherrschenden Ideen inhaltlich mit den Halluzinationen übereinstimmen. Wenn sie übereinstimmen, dann gehören sie zum Inhalt der Halluzination. Bei unserer Auffassung der Halluzination als ein wahnhaftes Gebilde erübrigt sich die Annahme einer sekundären Störung.

Wir definieren die schizophrene Halluzination folgendermaßen: Die Halluzination ist ein wahnhaftes Erlebnis, das sich durch das Gefühl der Fremdheit, Beeinflussung und Unlust auszeichnet und das im Kranken das Gefühl erweckt, daß er verächtlich gemacht, erniedrigt wird. Dieses Symptom wird nur bei der schizophrenen Geisteskrankheit beobachtet und das Zusammentreffen der geistigen Erkrankung mit der Halluzination kann kein zufälliges sein (*Hagen*). Die Halluzination hängt eng mit der Veränderung der gesamten Persönlichkeit bei der schizophrenen Geistesstörung zusammen. Sie ist gewissermaßen das subjektive Symptom der Geistesstörung, wie der Schmerz das subjektive Symptom einer körperlichen Erkrankung ist. In der Halluzination erlebt der Schizophrene seine Psychose. Mit Trugwahrnehmungen hat dieses Erlebnis nichts zu tun und ich möchte vorschlagen, diesen Unterschied durch die Nomenklatur zu kennzeichnen. Halluzination soll immer die geschilderte Störung der Schizophrenen bedeuten, nicht aber die Trugwahrnehmungen Deliranter oder bei Erkrankungen der Sinnesorgane.

Bei unserer Anschauung über das Wesen der Halluzination erübrigt es sich, auf die Frage des Unterschieds zwischen Wahrnehmung und Vor-

stellung, die die Autoren, die das Halluzinationsproblem studierten, beschäftigten, einzugehen.

Wir haben vorhin festgestellt, daß die Halluzination eng mit der Veränderung der Persönlichkeit zusammenhängt. In den letzten Jahren ist wiederholt von verschiedenen Autoren (*Schilder*, *Storch*, *v. Domarus*) auf gewisse Berührungspunkte der schizophrenen Denkstörung mit dem Denken der Naturvölker hingewiesen worden. *Levy-Brühl* hat gezeigt, daß das Denken der Naturvölker sich in manchem wesentlich von unserem Denken unterscheidet. Der primitive Mensch führt den ganzen Naturlauf, alle Geschehnisse, die das Menschenleben betreffen, auf den Einfluß geheimnisvoller Kräfte zurück. Er sieht überall Geister, Dämonen, von deren realer Existenz er überzeugt ist. *Levy-Brühl* bezeichnet die geistige Beschaffenheit der Primitiven als mystisch und prälogisch. Mit der Bezeichnung prälogisch will er sagen, daß das Denken der Primitiven sich gewissermaßen nicht verpflichtet fühlt, dem Gesetze des Widerspruchs zu gehorchen. Das primitive Denken ist nach *Levy-Brühl* durchdrungen von dem Gesetz der Partizipation, worunter er Verbindungen verschiedenartigster Dinge versteht. Das Wesen der Partizipation ist, „daß jede Zweiheit ausgelöscht ist und daß, unbekümmert um das Prinzip des Widerspruchs, das Subjekt zugleich es selbst und das Wesen ist, an dem es partizipiert“. Das mystische Denken erinnert an das von uns geschilderte Beeinflussungsgefühl, das prälogische Denken, das das Gesetz des Widerspruchs nicht kennt, an den unerschütterlichen Wirklichkeitsglauben (Wahn) des Halluzinanten. Es ist so, wie wenn durch die geistige Entwicklung unterdrückte primitive Mechanismen nach Abbau der geistigen Persönlichkeit wieder zum Vorschein kommen. Die Halluzination wäre somit letzten Endes eine Denkstörung.

Man glaubte, daß der Halluzination ein Reizzustand der Sinneszentren zugrunde liegt. Daß diese Annahme für die Erklärung der schizophrenen Halluzinationen gar keinen Wert hat, braucht nicht besonders bewiesen zu werden. Wenn es möglich sein wird, eine pathologische Anatomie der schizophrenen Psychose zu finden, so wird sie gleichzeitig die pathologische Anatomie der Halluzination sein.

Ich habe versucht, angeregt durch die Arbeiten von *Schröder*, das Bild der schizophrenen Halluzination zu zeichnen. Ich bin mir bewußt, daß so manche Lücken übriggeblieben sind. Ich glaube aber, daß es mir gelungen ist, nachzuweisen, daß sie mit der Wahrnehmung nichts Gemeinsames hat und daß sie nur in Verbindung mit der schizophrenen Geistesstörung, deren spezifisches Symptom sie ist, studiert werden kann. Die Lösung des Problems der schizophrenen Geistesstörung wird die Lösung des Halluzinationsproblems sein. Ich halte aber für wahrscheinlich, daß durch eine Vertiefung in das Problem der Halluzination, wir dem Verständnis der schizophrenen Psychose näherkommen werden.

Diskussion. — *Langelüddeke*-Hamburg weist auf zwei Punkte hin: einmal hält er es für unrichtig, die Halluzination als ein wahnhaftes Gebilde zu bezeichnen, da der Begriff „Wahn“ etwas nur Gedachtes im Gegensatz zum sinnlichen Gehalt der Halluzination enthält. Zum zweiten wendet er sich gegen die Annahme, das Denken der Schizophrenen sei prälogisch. Das Denken der Schizophrenen hat den Anschluß an den

natürlichen Instinkt, wie er dem Primitiven eignet, mehr oder weniger verloren.

20. *Guilarowsky*-Moskau: Über das Flecktyphusdelirium als einen exogenen Reaktionstypus.

Verfasser hat 92 Fälle von psychischen Veränderungen bei und in Verbindung mit dem Flecktyphus beobachtet, welche größtenteils Infektionsdelirien, zum Teil eigenartige manische und Schwächezustände sowie eigentliche Psychosen darstellten. Das Fleckfieberdelirium wird durch reichliche Illusionen und Halluzinationen (optische, akustische und allgemeine) charakterisiert; es kommen auch Hyperästhesien in der Haut und den höheren Sinnesorganen gar häufig vor. Der Kranke überlebt komplizierte Szenen, in welchen er selbst nicht bloß Zuschauer, sondern auch als aktiver Teilnehmer auftritt. In der Entwicklung deliriöser Zustände spielen Illusionen des allgemeinen Gefühls und eine Allegorisation krankhafter Empfindungen eine hervorragende Rolle. Es sind Erlebnisse scheinbarer Reisebilder aller Art besonders häufig, indem sie am meisten einen katastrophischen Charakter annehmen (Automobilreisen, Aeroplanflüge, Sturzfälle in Abgrund). Den vom Verfasser zuerst beschriebenen Doppelgängerwahn, der ohne Zweifel in Verbindung mit den Veränderungen organischer Empfindungen steht, hält Verf. für höchst charakteristisch. Es scheint dem Kranken, als ob neben ihm in seinem Bette noch jemand liege, welcher mit ihm in einer Verbindung steht; bisweilen scheint es ihm, daß seine Glieder verdoppelt sind, daß er z. B. zwei Köpfe hat; manchmal nimmt der Doppelgänger die Gestalt eines schmerzhaften Sprößlings an. Nicht selten wurde ein Professionalwahn (ohne Alkohol in der Anamnese) beobachtet.

Das Bild des Fleckfieberdeliriums stellt ein prägnantes Beispiel des exogenen Reaktionstypus dar. Da diese Krankheit als die schwerste Infektionskrankheit, welche außerdem in besonderer Weise das Zentralnervensystem betrifft, erscheint, treten die Grundsymptome hier klarer als bei anderen Infektionen hervor. Das Wesen des Prozesses läßt sich im ganzen am besten vorstellen, wenn klinische Symptome den physiologischen Prozessen gegenübergestellt werden. Den deliriösen Zustand betrachtet der Verfasser als eine besondere Reaktion, eigenartige funktionelle Autotomie im physiologischen Sinne. Sie strebt inadäquate starke exogene Reize an der Peripherie der sogenannten impressionalen Zone von *Berze* resp. Ichferne von *Schilder* zurückzuhalten, um die biologisch wichtigeren Schichten der Ichnähe zu beschützen.

21. *J. H. Schultz*-Berlin: Narkolyse und andere pharmakopsychotherapeutische Methoden.

Die aus uralten Traditionen bekannte Gemeinsamkeit rauschähnlicher, ekstatischer, geistiger und toxischer Erlebnisse hat religionspsychologisch namentlich durch *James* und psychotherapeutisch durch das Problem der Narkohypnose und Hypnonarkose neben der Schlafmittelhypnose *Schilders* eine Wiederbelebung gefunden. Die Narkolyse sucht kurze narkotische Zustände mit Äther oder Chloräthyl mit der ganz bestimmten und umgrenzten Indikationsstellung, schwere Produktions-

hemmungen, autistische Sperrungen und Produktionsabdrosselungen in eigentlichen psychoanalytischen Arbeiten durch das chemische Herausbrechen von Widerständen zu lösen und damit die analytische Arbeitszeit abzukürzen, ähnlich den Bemühungen verwandter, abgekürzter, analytischer Methoden (*Stekel*, *Ferenczi*, *C. G. Jung* und andere). In die rationelle Psychotherapie sind im Sinne von *Mohr*-Coblenz pharmakologische Reaktionen so einzubauen, daß die Addition unterwirksamer pharmakologischer Dosen mit gleichgerichteten psychologischen Einstellungen sinngemäß verknüpft wird, so daß eine Schwellenreiztherapie entsteht. Dasselbe unauflösliche Ineinander pharmakologischer und psychotherapeutischer Mechanismen ist für die Behandlung vieler Funktionsstörungen (Potenz !) die Methode der Wahl, andererseits eine psychotherapeutisch richtig abgestimmte Dosierung von Kupierungsmitteln bei anfallsartigen Zuständen und Schlafmitteln in den meisten Fällen Vorbedingung für Erfolg (Asthma !). Die systematische Darstellung dieser gegenseitigen Beziehungen, abgestellt auf einheitlich biologische Auffassung, bedeutet eine der wesentlichsten Aufgabenstellungen der modernen Medizin. (Der Vortrag konnte aus äußeren Gründen nicht gehalten werden.)

Nach Eigenberichte zusammengestellt von *G. Ilberg*.

Kleinere Mitteilungen.

Nekrolog *P. Albrecht*: Am 20. Dezember 1926 verschied in Ückermünde der Direktor der Provinzialheilanstalt Sanitätsrat Dr. *Paul Albrecht.* Der Verstorbene ist in weiteren Kreisen der Fachgenossen persönlich wenig bekannt geworden. Er war eine mehr zurückhaltende Natur. Hervorgetreten ist er aber mit einer Reihe gediegener wissenschaftlicher Mitteilungen, die sowohl in dieser Zeitschrift, wie in anderen Fachblättern veröffentlicht wurden. Er war — und dies ist ihm besonders nachzurühmen — auch bei starker praktischer Belastung stets wissenschaftlich gerichtet, mit Literaturstudien und wissenschaftlicher Betrachtung des ihm zu Gebote stehenden großen Krankenmaterials beschäftigt.

A. war am 17. 4. 1870 in Kl.-Leppin (Kr. Westpriegnitz) als Sohn eines Oberamtmanns und Domänenpächters geboren, erhielt seine Gymnasialbildung in Neubrandenburg und besuchte die Universitäten Berlin und Greifswald. Seine Studien mußten wegen eines Lungenleidens zeitweilig durch einen Kuraufenthalt in der Schweiz unterbrochen werden. Nachdem er 1895 promoviert war und 1896 das Staatsexamen bestanden hatte, begann seine psychiatrische Tätigkeit. Seit Februar 1896 war er Volontär-, später Assistenzarzt in Ückermünde. Hier fand er in dem verstorbenen Direktor *Knecht* einen ausgezeichneten Lehrer, der ihn nicht nur in der eingehenden Versorgung der Kranken, sondern in der Überzeugung von der absoluten Notwendigkeit steter Fühlungnahme mit der Entwicklung der inneren Medizin vorbildlich beeinflußte.

Im Februar 1900 siedelte *A.* als Assistent (später Oberarzt) in die neu eröffnete Treptower Anstalt über und verheiratete sich bald. Obgleich er wiederholt mit Krankheit zu kämpfen hatte (es mußten Rückfälle des Lungenleidens überwunden werden, später schmerzhafte Gichtanfälle), entwickelte er auch außerhalb seiner Dienststunden eine rührige Tätigkeit. Durchaus skeptisch veranlagt, entschloß er sich dabei zu Veröffentlichungen stets erst nach gründlichsten Literaturstudien, stets nur auf Grundlage zahlreicher Beobachtungen und massenhafter Aktendurchsicht. So hat er auch bei seiner letzten Arbeit als Direktor über „Paralysefragen" über 500 Krankenakten durchgesehen. Mit Benutzung des Treptower Materials sind seine bekannten Arbeiten „zur Symptomatologie der Dementia praecox", „über gleichartige und ungleichartige Vererbung der Geisteskrankheiten", und „über die funktionellen Psychosen des Rückbildungsalters" entstanden. Von anderen klinischen Gebieten berührte er wiederholt die Arteriosklerose in ihrer Beziehung zu ver-

schiedenen Psychosen, auch in forensischer Hinsicht, die psychischen Ursachen der Melancholie, die Stabilität von Wahnvorstellungen u. a.

A. folgte gern der schönen Literatur und war ein guter Kenner des niederdeutschen Schrifttums, besonders in Fritz Reuters Werken war er zu Hause. Schon als Knabe hatte er in Neubrandenburg ehrsame Bürger von dem „ollen versapen Kirl“ sprechen hören. Diese Erinnerung veranlaßte ihn 1907 eine Pathographie über Reuter (Halle a. S., C. Marhold) zu veröffentlichen. Die anziehende und leicht lesbare Schrift kommt in einleuchtender Beweisführung zu dem Ergebnis, daß es sich bei Reuters Trinkexzessen um periodische, krankhafte Zwangszustände gehandelt hat.

Nachdem *A.* schon vorübergehend 1907—1910 in Liepgarten-Ückermünde die herangewachsene Familienpflege geleitet hatte, dann wieder nach Treptow zurückgekehrt war, wurde er am 1. 4. 1916 Direktor in Ückermünde. Er kam in die schlimmste Kriegs- und Nachkriegszeit, hatte nicht nur die Auswüchse der Revolution und die wirtschaftlichen Notstände in besonders hohem Maße, sondern auch öfters körperliche Krankheit an sich selbst und an seiner herangewachsenen Familie zu überwinden.

So gelangte er außerhalb seines ihn beglückenden Familienlebens, in einer Stellung, die sonst seinen Wünschen entsprechen mußte, leider im ganzen wenig zu frohem Lebensgenuß. Befriedigung gab ihm außer wissenschaftlicher Arbeit in seiner letzten Lebenszeit der Wiederaufbau der Familienpflege in Liepgarten. 82 Kranke konnten in der alten Weise unter günstigen Wohnungs- und Aufsichtsverhältnissen in diesem Dorfe wieder untergebracht werden. So schien mehr Freudigkeit über ihn zu kommen — da warf ihn ernste Krankheit (vermutlich ein Mediastinaltumor) aufs Krankenbett, und der Tod entriß ihn jäh seiner Familie und seiner Anstalt. Ehre seinem Andenken! *A. Mercklin.*

Die auf den 21. und 22. April in Wien anberaumte diesjährige Versammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie ist auf Antrag der österreichischen Kollegen, die wegen der ausgeschriebenen österreichischen Landtagswahlen für die vorgesehene Zeit vielfach nicht abkömmlich sind, nach Abstimmung des Vorstandes verschoben worden und zwar auf den 13. und 14. September 1927 unmittelbar vor der ebenfalls in Wien stattfindenden Versammlung deutscher Nervenärzte.

Das Programm wird Anfang August an alle Mitglieder versandt werden.

Ein Fortbildungskursus über praktische ärztliche Psychologie und Psychotherapie findet vom 31. Mai bis 3. Juni 1927 in der psychiatrischen und Nervenklinik Marburg statt. Vortragende: Professoren *Kretschmer*, *Jahrmärker*, *Scharnke*. Meldungen an Professor *Schwenkenberger*-Marburg.

In Münster (Westfalen) fand die Grundsteinlegung zum Bau einer Universitätsnerven- und psychiatrischen Klinik statt. Die Klinik wird



in zwei vollständig getrennte Gebäude, die Nerven- und die psychiatrische Klinik zerfallen, die durch einen gedeckten und einen geschlossenen Gang miteinander verbunden werden. Ein psychiatrisches Forschungsinstitut wird angegliedert werden. Die Baukosten sind mit 1 720 000 M. veranschlagt.

Personalnachrichten.

Verstorben:

Professor der Psychiatrie an der Düsseldorfer Medizinischen Akademie Geheimer Sanitätsrat Dr. Joseph *Peretti*,

Sanitätsrat Dr. *Klinke*, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Freiburg i. Schl.

Sanitätsrat Dr. *Köhler*-Eisenach, Sanatorium Hainstein,

Sanitätsrat Dr. *Schmitz*-Bonn a. Rh.,

Professor Dr. *Heveroch*, Oberdirektor des Landesinstituts für Schwachsinnige in Prag.

Ernannt wurden:

Oberarzt Dr. *Tomaschny*-Stralsund zum Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Ückermünde,

Medizinalrat Dr. *Walter*, ao. Professor an der psychiatrischen Klinik in Rostock, zum Direktor der Staatsirrenanstalt St. Jürgen-Asyl in Bremen,

Oberarzt Dr. *v. Schuckmann*-Lüben zum Direktor der Prov. Heilanstalt Freiburg, Schl.

Gewählt wurden:

Professor der Psychiatrie Dr. Hans *Berger*-Jena zum Rektor für das Amtsjahr 1927,

Professor Dr. *Sioli*-Düsseldorf zum Rektor der medizinischen Akademie Düsseldorf für das Jahr 1927/28.

Berufen wurde:

Privatdozent Dr. *v. Verschuer* in Tübingen an das Forschungsinstitut für Anthropologie und Eugenik in Berlin als Abteilungsleiter für menschliche Erblichkeitslehre.

Es habilitierten sich:

Frl. Dr. phil. Annelies *Argelander*, Assistentin der psychologischen Anstalt, für Psychologie an der Universität Jena,

Privatdozent Medizinalrat Dr. *Straßmann*-Wien für gerichtliche und soziale Medizin in der Breslauer med. Fakultät,

Dr. Kurt *Walcher*-München für gerichtliche Medizin.

Fortsetzung von Seite 2 des Umschlages.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Fortsetzung auf Seite 4 des Umschlages.

Fortsetzung von Seite 3 des Umschlages.

Kleinere Mitteilungen.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Wiesloch, **KLEIST**-Frankfurt a. M., **LAEHR**-Wernigerode, **MERCKLIN**-Treptow a. R.

DURCH

GEORG ILBERG
SONNENSTEIN BEI PIRNA A. E.

SECHSUNDACHTZIGSTER BAND
SECHSTES, SIEBENTES UND ACHTES HEFT
AUSGEGEBEN AM 5. AUGUST 1927



BERLIN UND LEIPZIG
WALTER DE GRUYTER & CO.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.
1927

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

6./8. Heft.

Originalien.

Fortsetzung auf Seite 3 des Umschlages.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie" kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 33 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 2 bis 3 Bände, deren Hefte alle 3 bis 4 Wochen zur Ausgabe gelangen. Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie, deren Bestellungen der Verein entgegennimmt, wird die Zeitschrift für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den Herausgeber Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Ilberg in Sonnenstein bei Pirna (Sa.),

Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Medizinalrat Dr. Helmut Müller in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

Die Herren Mitarbeiter erhalten für Originalbeiträge M. 24.— Honorar für den Druckbogen und 25 Sonderdrucke kostenlos; Vereins- und Versammlungsberichte, von denen dem Generalberichterstatter 25, den einzelnen Referenten je 12 Sonderdrucke kostenlos geliefert werden, werden nicht honoriert. Für eine weitere Zahl von Sonderdrucken werden die Selbstkosten berechnet.

Eigenartiger familiärer Starrsinn — keine Paranoia?

Von

Reinhard Carrière,

Reservearzt an der Irrenanstalt Dale Asyl bei Stavanger
(Direktor *C. Wingard*).

In einem einsamen Tal im Westen Norwegens lebt eine Familie — 2 Brüder, 2 Schwestern und die alte Mutter —, die den Gerichten und psychiatrischen Sachverständigen viel Arbeit gemacht hat. Nicht weniger als alle 4 Geschwister mußten begutachtet werden, die eine Schwester sogar dreimal. Die Handlungen, die diese Familie in Konflikt mit den Gesetzen brachten, sind keine bedeutenden Verbrechen, es handelt sich auch um keine großen Werte, — aber die Familie setzt alles dafür ein, recht zu behalten, selbst längere Gefängnisstrafen nützen nichts.

Der Fall ist so interessant, daß die Gutachten, soweit sie damals vorlagen, auszugsweise im Bericht der gerichtsmedizinischen Kommission [1]) für das Jahr 1924 aufgenommen wurden. Das eine Gutachten wurde von mir ausgearbeitet mit Provinzialarzt *Ebbell* als zweitem Sachverständigen. Ich konnte dann noch einige interessante Beobachtungen machen und das Material auch deshalb ergänzen, weil der eine Bruder in die Anstalt Dale aufgenommen wurde, als ich seinerzeit als deren Leiter während Direktor *Wingard*s Krankheit autorisiert war. Ein letztes Gutachten, das mein Nachfolger *Opsahl*, wieder mit Provinzialarzt *Ebbell*, erstattet hatte, wurde mir liebenswürdigerweise zur Verfügung gestellt.

---

[1]) Die „retsmedisinske kommission" erhält zur Kontrolle alle von Gerichts wegen angeordneten gerichtlich-medizinischen und -psychiatrischen Gutachten und hat eventuell den betreffenden Richter auf Unzulänglichkeiten in den Gutachten aufmerksam zu machen. Die psychiatrischen Mitglieder sind Direktor *Evensen* und Prof. *Vogt*.

Es handelt sich um dauernde Übergriffe auf das Eigentum der Nachbarn, namentlich auf ein Stückchen schlechten Landes, „K-Hagen", von dem unsere Familie behauptet, daß es ihr gehöre. Der Geldwert des Schadens ist gering, z. B. Heu für 15 Kronen, Holz für 1 Krone. Beweise dafür, daß das Land ihnen gehöre, haben die Leute nie bringen können. Die Zähigkeit, mit der an diesem Gedanken festgehalten wird, die Unbelehrbarkeit, die Nutzlosigkeit behördlichen Eingreifens, und die Reaktionen der Mitglieder dieser Familie auf das behördliche Eingreifen, der kindisch-bornierte Eigensinn, sind so eigentümlich, daß es sich lohnt, die Gutachten z. T. ausführlich wiederzugeben.

Ein erster Konflikt mit dem Gesetz, der länger zurückliegt (wegen Steuern) wird im Gutachten IV geschildert. Dieser erste Konflikt — schon 1915 — hat keinen weiteren Zusammenhang mit dem Streit um das Land, der 1920 begann. Aber er zeigt auch gut den Starrsinn der Leute und zugleich das bäurisch-dummschlaue, und macht es leichter verständlich, daß sich die Leute nach diesen ersten Erfahrungen nunmehr den Behörden gegenüber so eigentümlich benahmen.

I. Gutachten vom 18. 10. 1923 von Direktor *C. Wingard* und Provinzialarzt *B. Ebbell* über Selma.

Vier Geschwister wohnen auf dem Bauernhof Ö.: Paul, geb. 1877, Heinrich, geb. 1883, Ida, geb. 1885, und Selma[1]), geb. 1890. Der Hof gehört Ida. Die Mutter lebt zwar noch, ist aber sehr alt und hinfällig. Ida ist mit einem dänischen Seemann verheiratet, der aber mehrere Jahre lang nicht zu Hause gewesen sein soll. Während die anderen Geschwister sich dauernd auf Ö. aufhalten, pflegt Ida jedes Jahr eine Zeit in Stavanger zuzubringen. Der Bauernhof liegt an der Grenze des unfruchtbaren Hochgebirgsplateaus. Er ist schwer zugänglich, da nur zweimal wöchentlich ein Dampfschiff geht — die Anlegestelle ist ca. 3 km vom Hof entfernt —, und da es weder Telephon noch Telegraph gibt.

Seit längerer Zeit soll zwischen diesen Geschwistern und den Nachbarn über die Grenzen des Hofes Uneinigkeit geherrscht haben[2]). Nach den Gerichtsakten begann Ida auf einem Stück Land, das „K-Hagen" heißt, und das, wie sie behauptet, ihr gehört, Gras zu mähen und Holz zu holen. (Der Ausdruck des norwegischen Textes: „Bäume zu fällen" ist im Deutschen zu massiv — es handelt sich um den wildwachsenden Baumbestand an der Baumgrenze: kleine Birken sind neben Sträuchern das Hauptmaterial für die Holzversorgung des Hofes). Die Besitzerin des Nachbar-

[1]) Fingierte Namen. Statt des im Deutschen unbekannten „Sidsel" des Kommissionsberichtes nahm ich „Selma", der man die Weiblichkeit besser ansieht.

[2]) Alle Hervorhebungen sind von mir.

hofes T. behauptete dagegen, daß sie „K-Hagen“ besitze und daß dies Stück Land stets als Teil des Hofes T. anerkannt gewesen sei. Es kam zum Zivilprozeß. Durch Urteil 1/8 1921 wurde der Besitzer des Hofes T. als eigentumsberechtigt am umstrittenen Stück K-Hagen erkannt, und Ida außerdem verurteilt, 300 Kronen Kosten zu bezahlen sowie 100 Kronen Schadenersatz für das Mähen von Gras und Schlagen von Holz im K-Hagen in den letzten 2 Jahren. Das Gericht wurde abgehalten auf dem Hofe T., also dicht bei dem Wohnsitze Idas, aber sie erschien nicht zur Verhandlung, obwohl sie regelrecht geladen war.

Der Vorladungszeuge bekräftigt, daß er am 10. Oktober um $4^1/_2$ Uhr nachmittags Ida persönlich das genannte Urteil in ihrer Wohnung verkündet und ihr eine beglaubigte Abschrift übergeben hat. Ida jedoch leugnet in einem Schreiben vom 28. 6. 1922 an ihren Advokaten, das Urteil zu kennen. Sie behauptet, am 7. 10. aus der genannten Wohnung verzogen zu sein. Am 10. Oktober war sie mit einer anderen Frau in dem Haus, aber in der Zeit von 12 mittags bis 7 Uhr nachmittags fand sich niemand mit einer Urteilsverkündung ein. Da die Gerichtskosten und die Schadenersatzsumme nicht bezahlt wurden, nahm der Polizeibeamte am 20. Mai 1922 bei Ida eine Exekution vor und nahm ein Pferd. In einem Brief an ihren Advokaten erzählt Ida, daß der Polizeibeamte ihr Pferd genommen habe, während sie selbst abwesend war, sie kenne nicht die Ursache, warum er das Pferd nahm, und bittet um die Hilfe des Advokaten. In einem Schreiben vom 6. 6. 1922 erwähnt der Advokat, daß Selma ihn wegen der Exekution konsultiert habe: soweit er verstehen könne, hatte Selma keine Spur von Kenntnis des erwähnten Urteils. Der Advokat erklärt zum Schluß, daß er das Urteil appelliert habe, da Ida meint, daß K-Hagen von Rechts wegen ihr und ihrer Mutter gehört.

Trotz des oben genannten Urteils vom 1. 8. 1921 fuhr Idas Familie fort, Gras und Holz vom K-Hagen zu holen und ihr Vieh dort zu weiden. Am 24. Oktober 1921 sandte daher der Besitzer von T. Klage ein gegen Ida, Selma und Paul. Der Polizeibeamte, der wegen dieser Klage Nachforschungen anstellen sollte, teilt mit, daß er am 1. Dezember auf Ö. war. Paul stand vor dem Haus, wollte aber nicht eine Silbe antworten, Selma, die drinnen war, schloß die Türe zu, als der Beamte hineingehen wollte. Am 2. Dezember war er wieder dort und traf Selma und Paul vor dem Hause, aber als er die Klageschrift hervornahm, um sie vorzulesen, sprangen sie beide fort, und keiner antwortete, wenn er sie ansprach. Ferner traf der Beamte zufällig am 1. Februar 1922 Ida auf dem Dampfschiff, sie war allein im Salon, er versuchte, ihr die Klage vorzuhalten, aber sie fuhr ohne Antwort zur Türe hinaus. Am 22. März endlich traf ein Polizist Ida in ihrer Wohnung in Stavanger und machte sie mit der Klage bekannt, aber es war nicht möglich, ein einziges Wort aus ihr herauszubekommen.

Am 19. April wurde öffentliche Anklage erhoben und am 27. April

Paul und Selma an ihrer Arbeitsstelle verkündet und beglaubigte Abschrift ausgehändigt. Inzwischen war aber schon wieder eine neue Klage vom Besitzer von T. eingelaufen, und neue Anklage wurde gegen Paul erhoben. Als der Vorladungszeuge am 11. Juli nach Ö. kam, um sie zu verkünden, stand Paul vor dem Haus, sprang aber fort in die Berge, als er den Zeugen sah. Dieser versuchte nun, die Anklage Selma und Heinrich zu verkünden, da eilten auch diese fort in die Berge. Das Schöffengericht sollte am 31. Juli abgehalten werden. Selma wurde am 23. Juni in ihrer Wohnung vorgeladen; als dasselbe mit Paul geschehen sollte, sprang er während der Verlesung fort und wollte die Abschrift nicht annehmen. Ida sollte als Zeugin geladen werden, konnte aber am 26. Juli nicht angetroffen werden, trotzdem sie zu Hause war. Die Zeugenladung wurde daher Selma bekannt gegeben, die jedoch während der Verlesung weglief. Am Gerichtstag erschien Ida — als Zeuge — nicht. Die angeklagten Selma und Paul erschienen ebenfalls nicht, wurden aber von zu Hause geholt und vorgeführt. Vor Gericht wollten sie jedoch keine einzige Silbe sagen, nicht einmal ihre Personalia angeben. Paul und Selma wurden zu 30 Tagen Gefängnis verurteilt. Das Urteil wurde ihnen vorgelesen, aber ihr Exemplar „Mitteilungen für Verurteilte" wollten sie nicht annehmen. Das Urteil wurde nicht appelliert. Am 22. 8. wurden eingeschriebene Briefe an Selma und Paul geschickt mit dem Bescheid, sich bis zum 5. Oktober im Gefängnis einzufinden. Sie weigerten sich, die Briefe anzunehmen. Da sie sich nicht im Gefängnis einfanden, wurde Paul arrestiert, als er einmal in Stavanger war, und war vom 8. 11.—8. 12. 1922 im Kreisgefängnis in Stavanger. Am 1. 12. schrieb Selma an den Polizeimeister der Stadt und fragte, was ihr Bruder Paul getan habe, da er am 8. 11. arrestiert worden sei, und wo er sich jetzt befinde. Am 9. Januar 1923 schrieb Selma an das Justizdepartement „wegen der Arrestation ihres Bruders". Dieser Brief befindet sich leider nicht bei den Akten [1]). Das Departement erbat sich verschiedene Mitteilungen der Behörden und erklärte dann, daß die Angelegenheit „keine weiteren Schritte seitens des Departements veranlasse".

Da Selma sich nicht im Gefängnis einfand, wurde sie aus ihrer Wohnung geholt und saß vom 12. 5.—11. 6. 1923 im Kreisgefängnis.

Am 1. Mai 1923 meldete der Nachbar M. T. Ö. die vier Geschwister Ida, Heinrich, Selma und Paul an, weil sie auf einem Waldstück, das ihm gehöre, Holz holten, und am 5. Mai kam vom Besitzer von T. eine Anzeige gegen Selma und Paul, da sie sich fortgesetzt am Eigentum K-Hagen vergriffen. Ein Polizeidiener konnte am 12. Mai kein Wort aus den Gemeldeten herausbekommen, nicht einmal ihre Personalia. Am 21. Juni wurde Anklage gegen Heinrich, Selma und Paul erhoben. Als der Polizeibeamte am 4. Juli nach Ö. kam, um Anklage und Vorladung zu verkünden, befand sich Selma

[1]) Dieser Brief kam später zum Vorschein und wird in Gutachten VI referiert — er ist wahrscheinlich nicht von Selma, sondern von Ida geschrieben.



außerhalb des Hauses, aber sowie der Beamte mit ihr reden wollte, eilte sie in „rasenden Sprüngen“ fort. Im Hause war niemand. Die Schriftsätze wurden nun auf dem Eßtisch hinterlassen. Schöffengericht 18. 7. 1923. Heinrich, Selma und Paul sind nicht erschienen, aber da mehrere Zeugen sie auf ihrem Hof gesehen hatten, unmittelbar nachdem der Beamte ihn verlassen hatte, nahm man eine regelrechte Ladung an. Alle drei wurden zu 60 Tagen Gefängnis verurteilt. Das Urteil wurde einer Dame verkündet (am 19. 7.), die in Ö. zu Besuch war — von den Geschwistern war niemand anzutreffen.

Am 25. 7. zeigt der Besitzer von T. wiederum Paul und Selma an, weil sie Gras gemäht haben, — auf dem K-Hagen und einem anderen Stück Land, L-Bakken. Am gleichen Tag zeigt M. T. Ö. Paul, Selma und Heinrich an, weil sie am 24. 7. einige Birken in dem Wäldchen B-Flaaden des Klägers gehauen und fortgenommen haben. Als der Polizeibeamte am 25. 7. hinkam, waren sie ins Gebirge weggelaufen, das Haus verschlossen. Am 30. September wurden die drei Geschwister verhaftet und ins Kreisgefängnis gebracht. Hier wurde ihnen das Urteil vom 18. 7. verkündet. Sie verlangten Bedenkzeit. Am 1. 10. versuchte man, von ihnen Erklärungen wegen der letzten Anzeigen zu erhalten. Von Heinrich und Paul waren keine Erklärungen zu erhalten. Dagegen erklärte Selma, daß es richtig sei, daß sie Gras auf dem K-Hagen und Holz vom B-Flaaden geholt haben, aber diese Landstücke gehörten Ida und ihrem Mann. Die Papiere hierüber befänden sich im Ausland bei Idas Mann. Der L-Bakken gehöre M. T. Ö., und da hätten sie nicht gemäht, sondern auf „der Wiese“, und die gehöre Ida und ihrem Mann. Die Papiere hierüber seien ebenfalls bei Idas Mann im Ausland. Beim Verhör am gleichen Tag sagten Paul und Heinrich kein Wort, Selma dagegen erklärte, daß Paul Holz und Gras auf dem K-Hagen geschlagen und daß sie ihm beim Nachhauseschaffen geholfen habe. Zu diesem Gebrauchsrecht habe ihre Schwester Ida, die Besitzerin des Hofes Ö., Recht. Bei neuer Verhandlung 5. 10. war Heinrich wieder vollkommen stumm. Soweit die Gerichtsakten.

Weiter haben die Sachverständigen folgende Mitteilungen erhalten: Verhaftung am 30. September 1923. Da es sich als unmöglich erwiesen hatte, die drei am Tage zu treffen, kam der Polizeibeamte mit einigen Polizisten aus Stavanger um 2 Uhr nachts. Der Beamte klopfte an und sagte, wer er war. Keine Antwort. Die Tür wurde schließlich gesprengt. Die Beamten fanden Ida, Selma und die Mutter in der Stube zu Bette liegen, dagegen fanden sie die Brüder nicht, und die Frauen wollten nicht sagen, wo sie waren. Schließlich fanden sie Paul unter einem Bett auf dem Boden, er wurde hervorgezogen, wollte aber nicht sagen, wo sein Bruder sei. Später fanden sie Heinrich in einer Ecke des niedrigen Kartoffelkellers, — der Zugang zu diesem Keller durch eine Falltür war mit Teppichen verdeckt. Er sagte, er sei krank und wollte nicht vorkommen, so daß Gewalt angewendet werden mußte. Selma wollte nicht aus dem Bett herauskommen, auch sie mußte gezwungen werden. Dann wollte sie sich nicht anziehen, und tat dies erst, als man drohte, sie so mitzunehmen, wie sie war. Auch Paul und Heinrich machten Schwierigkeiten, sagten, sie wüßten nicht, wo die Kleider wären, und wenn

ihnen ein Stück gereicht wurde, wollten sie es nicht kennen. Auf dem Weg zum Boot sprach Heinrich davon, daß er amerikanischer Bürger sei, und daß die Nachbarn Papiere vorlegen müßten, daß die umstrittenen Landstücke ihnen gehörten. Sonst sprach keines der Geschwister ein Wort. Als sie in Stavanger angekommen waren, ließ Paul sich im Boot hinfallen, so daß er aus dem Boot und ins Auto getragen werden mußte. Am Gefängnis angekommen hatte man Mühe, sie aus dem Auto in das Gebäude zu bekommen.

Der Dampfschiffsführer T. H. hat die drei Geschwister seit etwa 30 Jahren gekannt, sie sind oft mit ihm von und nach Stavanger gefahren. Er hat auch den Vater gekannt, der auf dem „Erbhof" Ö. (im norwegischen Ausdruck fädrenegaard liegt, daß der Hof sich von Vater auf Sohn vererbt) geboren und aufgewachsen war. Der Hof Ö. war ursprünglich nur ein kleiner Platz unter dem Nachbarhof T. Der Vater war strebsam, aber still und zurückhaltend. Zu seinen Lebzeiten gab es nie Streitereien mit dem Nachbarn. Er starb in den Fünfzigern an Darmverschlingung. Über Geisteskrankheiten in der Familie ist dem Zeugen nichts bekannt. Die Mutter der Angeklagten stammt von einem der obersten Höfe im S-Tal (einem sehr einsamen, abgelegenen Gebirgstal). Sie war ein stiller, fleißiger Mensch. Eine Tochter des Nachbarn T. hatte dem Zeugen erzählt, daß sie als Kind an keinen lieberen Platz kommen konnte, als zur Witwe und den Kindern auf dem Nachbarhof — eben unseren Angeklagten. Die Tochter Ida — ihr dänischer Mann reiste bald von ihr, weil er, wie der Zeuge meint, ihrer überdrüssig wurde — „ist die Schlauste der ganzen Familie, die hinter allem steckt". Aber sie haben alle in schöner Eintracht gelebt und durch ihre gemeinsamen Anstrengungen sich nach des Zeugen und aller Nachbarn Meinung viel Geld zurückgelegt, namentlich durch Schafzucht, aber sie haben es immer heimlich gehalten, niemand weiß eigentlich, wieviel sie haben, sie haben z. B. sogar nur einige wenige Schafe ausgetrieben, so daß die Nachbarn es sehen konnten, den größten Teil aber dann in aller Stille. Paul war immer still, war aber in der Rebhuhnzeit immer im Gebirge und schickte Kiste auf Kiste nach Stavanger und verdiente viel Geld mit den Rebhühnern. Der Steuermann K. N. ist auf einem Nachbarhof aufgewachsen und hat die Familie von Kindesbeinen an gekannt. Sie verkehrten mit ihren Nachbarn, es war ein gutes Verhältnis zwischen ihnen, aber sie nahmen niemals am Jugendverein oder festlichen Anlässen Teil. Heinrich war schon als Knabe still und verschlossen Fremden gegenüber, aber zu zweit, namentlich auf der Jagd, konnte er recht lebhaft reden. Heinrich war mehrere Jahre in Amerika, kam vor 3—4 Jahren zurück und hat sich etliches erspart, wieviel, weiß niemand.

Dagegen weiß der Polizeibeamte des Distriktes zu erzählen, daß die Familie ihm viel zu schaffen gemacht hat. Stets waren sie so eigensinnig und schwierig wie nur möglich. Seit er die Pfändung bei Ida vornehmen mußte, hassen sie ihn, haben ihn gescholten und ihm gedroht. Ida reiste sogar nach Oslo, um ihn beim König zu verklagen. Er meint, daß Selma hinter der ganzen Geschichte steckt und die Brüder leitet. Zeichen einer Geisteskrankheit hat er bei ihnen

nicht gemerkt, sie sind schlau genug, wenn es gilt, Händel anzufangen. Nur Paul ist im letzten Jahr etwas eigentümlich gewesen.

Der Gefängniswachtmeister teilt über Selma mit, daß sie beim ersten Aufenthalt im Gefängnis zunächst schweigsam und zurückhaltend war, aber allmählich wurde sie mitteilsamer und arbeitete etwas. Sie führte sich gut auf, es war nichts Abnormes zu bemerken. Sie behauptete bestimmt, zu Unrecht verurteilt zu sein, da K-Hagen ihrer Familie gehöre und von ihren Eltern und Großeltern benutzt worden war. Auf eine Bemerkung, daß es wenig Sinn habe, um ein so schlechtes Stückchen Land so zu streiten, antwortete sie: „Würden Sie denn, selbst wenn Sie Millionär wären, auf etwas verzichten, worauf Sie Recht haben?“ Auch beim jetzigen Aufenthalt im Gefängnis ist ihr Verhalten normal, sie spricht etwas mehr, arbeitet aber nicht.

Selma hat den Sachverständigen gegenüber erklärt, daß ihres Wissens keine Geisteskrankheiten in der Familie vorgekommen seien. Ihr Vater starb vor etwa 30 Jahren, die Mutter ist jetzt etwa 80 Jahre alt und hinfällig. Ihr eigenes Alter will sie nicht angeben, da die Sachverständigen es schon aus den Gerichtsakten kennten. Auch sonst will sie nicht viel über sich selbst reden. Sie sei immer gesund gewesen. So weit sie zurückdenken kann, haben die Nachbarn behauptet, daß ein Teil des Eigentumes ihrer Mutter ihnen gehöre. Bei der ersten Unterredung ließ sie verstehen, daß die Nachbarn es benutzt hätten, daß die Mutter Witwe wurde und ohne Verteidiger war, um sich das Gebrauchsrecht an Teilen ihres Hofes anzueignen. Später legt sie dem jedoch keine Bedeutung bei und meint, das Ganze beschränke sich auf eine Uneinigkeit wegen der Grenzfestsetzung. Sonst bestände keine Feindschaft. Sie sprechen zusammen, wenn sie sich treffen, als sei nichts geschehen. Sie glaubt nicht, daß die Nachbarn sie verfolgen oder ihnen Übel wollen. Wegen der Grenzen verweist sie auf die Dokumente, diese Papiere und die Eigentumsurkunde befänden sich bei Idas Mann im Ausland. Sie behauptet, von dem Prozeß zwischen Nachbar T. und Ida nichts gewußt zu haben, Ida hat nie darüber gesprochen. Auch behauptet sie, erst jetzt im Gefängnis das Urteil vom 1. 8. 1921 kennen gelernt zu haben. Als die Sachverständigen ihre Verwunderung ausdrücken darüber, daß Ida damals nicht vor Gericht erschien, um ihre Sache zu verteidigen, antwortet Selma, daß sie nicht glaubt, daß Ida vorgeladen wurde. Auf den Hinweis, daß es im Urteil ausdrücklich heißt: „gesetzlich vorgeladen“, hält sie an ihrer Meinung fest. Zu der Gerichtsverhandlung am 31. Juli 1922 hätten sie und Paul nicht zu erscheinen brauchen, da sie nicht gesetzlich vorgeladen waren. Sie kann doch nicht erklären, was das Ungesetzliche in ihrer Vorladung gewesen sei. Sie ist sehr erbittert über die Art, wie sie damals nachts geholt und „wie wilde Tiere“ behandelt wurden. Warum seien sie nicht am Tage gekommen, um sie zu holen? Auf den Vorhalt, daß sie ja tags nie zu treffen gewesen waren, leugnet sie dies und erklärt es durch zufällige Abwesenheit. „Sie hatten keinen Grund wegzulaufen, da sie nichts Böses getan hatten“. Auf Vorhalt der oben geschilderten einzelnen Fälle, in denen der Beamte sie zu Hause traf, sie aber wegliefen, erklärt sie dies

für nicht wahr. Gegen den Eid des Polizeibeamten will sie den Eid ablegen, daß er nicht die Wahrheit gesagt hat. Sie macht auch einige Andeutungen, daß der Beamte die Unwahrheit über sie nach Oslo berichtet habe, daß er dafür aber zur Verantwortung gezogen werden solle. Sie will sich hierüber aber nicht genauer ausdrücken. Sie will im Gefängnis nicht arbeiten, weil sie festgesetzt ist, ohne etwas Böses getan zu haben. Sonst schläft sie gut, hat keine Kopfschmerzen, fühlt sich aber „überall schwer" und hat wenig Appetit.

Status praesens: Selma ist etwas unter Mittelgröße, aber sonst wohlgebaut. Nichts Besonderes an Kopfform, Ohren, Gaumen, Zähnen. Die Pupillen sind mittelgroß, reagieren auf Licht. Die Patellarreflexe sind vorhanden. Nichts Besonderes zu bemerken bei der Untersuchung der Brustorgane. Puls 72, regelmäßig. Sie ist vollkommen orientiert, faßt gut auf, antwortet in der Regel willig und verständig. Aber einzelne Fragen will sie nicht beantworten, so will sie nicht ihren Namen und Alter angeben, da sie meint, daß dies in den Akten zu finden ist. Ein Teil ihrer Angaben kann wohl kaum als zuverlässig betrachtet werden. So können wir schwer glauben, daß Ida nie mit ihr über den Prozeß wegen K-Hagen gesprochen haben soll, oder daß sie erst jetzt im Gefängnis das Urteil vom 1. 8. 21 kennen gelernt haben will (nach den Gerichtsakten wurde das Urteil im Schöffengericht 31. 7. 22 vorgelesen, als sie zur Stelle war, wenn sie sich auch vollständig stumm verhielt). Sie tritt höflich und ordentlich auf und antwortet ruhig und natürlich. Sie sieht ab und zu den an, mit dem sie spricht, aber meistens sieht sie fort, namentlich wenn sie mit Beteuerungen kommt. Sie ist sehr rechthaberisch und hält an ihrem Standpunkt fest, selbst wenn sie verstehen müßte, daß ihre Behauptung zu unwahrscheinlich ist, als daß man ihr Glauben schenken könnte. Sie macht ehestens den Eindruck, etwas beschränkt zu sein, aber da sie sich nicht nach Binet-Simon untersuchen lassen wollte, können wir nichts Bestimmtes über ihr Intelligenzalter sagen. Das Gedächtnis scheint gut zu sein. Es bestehen keine Anzeichen für Halluzinationen oder andere psychische Elementarstörungen. Sie hat kein Kopfweh, schläft gut.

Zusammenfassung: Nach den vorliegenden Mitteilungen scheint in Selmas Familie Geisteskrankheit nicht vorgekommen zu sein (wenn man von ihrem Bruder Paul absieht). Verschiedene Zeugen, die sie von früher her gekannt haben, haben nie etwas Abnormes an ihr gemerkt. Bei unserer Untersuchung haben wir ebenfalls kein Anzeichen einer Geisteskrankheit bei ihr finden können. Ihr Auftreten ist natürlich, nett und normal. Sie spricht ruhig und beherrscht. Kein Anzeichen für Verblödung oder Halluzinationen. Sie hat seit langer Zeit mit den Nachbarn wegen der Hofgrenzen Streitigkeiten gehabt, aber bis jetzt hat sie jedenfalls keinerlei Agressivität wie bei Querulanten gezeigt. Das Ganze hat sich beschränkt auf zähen, passiven Widerstand. Sie scheint nicht an Verfolgungsideen oder Größenvorstellungen zu leiden. Ihre Begriffe darüber, daß sie Gerichtsentscheidungen ignorieren und sich selbst ihr Recht verschaffen könne, sind ja ziemlich absurd, aber sie sind doch nicht derart, daß man sie als krankhaft charakterisieren kann.

Aber ihr Benehmen gegenüber den Behörden ist unleugbar in hohem

Grade verkehrt und eigen. Dies kann jedoch seine Erklärung finden in einzelnen Charaktereigentümlichkeiten, die sich wohl entwickelt haben unter dem Einfluß der Verhältnisse, in denen sie lebte. Bei Leuten, die abseits wohnen, wird leicht Mißtrauen und Scheu gegenüber anderen Menschen entstehen, Neigung, sich für sich zu halten und andere keinen Einblick in die eigenen Angelegenheiten bekommen zu lassen. Überall ahnen sie Gefahren und Fallen; absolutes Stillschweigen ist das sicherste, wenn man nicht riskieren will, zuviel zu sagen. Von Natur scheint sie ziemlich zänkisch, starrsinnig und rechthaberisch zu sein, so daß sie nicht nachgeben will trotz der erlassenen Urteile. Außerdem hat wohl der lange Abstand vom Polizeibeamten und anderen Behörden das seine dazu beigetragen, Eigenwilligkeit hervorzurufen und die Neigung, sich sein Recht selbst zu verschaffen und sich über die Entscheidungen der Gerichte hinwegzusetzen.

Konklusion: Wir halten Selma nicht für geisteskrank. (C. Wingaard, B. Ebbell.)

II. Gutachten über Heinrich:

Dieselben Sachverständigen gaben gleichzeitig über den Bruder Heinrich ein Gutachten ab, von dem nur kurz folgendes mitgeteilt sei: Verschiedene Zeugen, die Heinrich von früher her gekannt haben, haben nie etwas Abnormes bei ihm finden können. Bei unserer Untersuchung haben wir ebenfalls keine Anzeichen einer Geisteskrankheit bei ihm finden können. Seine absolute Stummheit bei allen Fragen, die die Klage betreffen, ist ja recht eigenartig, hat aber durchaus nicht den Charakter des Mutismus, wie man ihn bei Geisteskranken findet. Nach unserer Meinung kann die Stummheit natürlich erklärt werden als eine Folge des Mißtrauens und der Vorsicht (siehe die Erklärung über Selma). Das Wenige, was er sagt, ist jedenfalls vollständig normal und vernünftig, sein Auftreten ist natürlich und beherrscht, es besteht kein Anzeichen einer Verblödung oder von Halluzinationen oder krankhaften Vorstellungen.

Konklusion: Wir halten Heinrich nicht für geisteskrank. (C. Wingard, B. Ebbell.)

Heinrich ging später zur See, weshalb wir nichts weiter von ihm hören.

Von denselben Sachverständigen wurde gleichzeitig auch der andere Bruder, der älteste der Geschwister, Paul, untersucht. Bei ihm kommen sie zu dem Schluß, daß er geisteskrank sei. Das Gutachten muß daher etwas ausführlicher wiedergegeben werden, um die Diagnose diskutieren zu können.

Zunächst will ich weiter über Selma berichten, die noch zweimal von Sachverständigen untersucht wurde.

Sie hatte nämlich Revision des Urteils vom 18. 7. 23 verlangt, in dem sie mit ihren beiden Geschwistern zu 60 Tagen Gefängnis verurteilt worden war. Sogleich nach Abschluß des Gutachtens wurde sie daher am 30. 10. 23 freigelassen. Kaum war sie nach Hause gekommen, so fing sie wieder an, den K-Hagen zu benutzen. Schon am 12. 11. 23 melden die Nachbarn, daß sie ein Gitter niedergerissen habe,

das die Nachbarn nun an der Grenze zwischen dem Hof Ö. und dem K-Hagen aufgeführt hatten. Das Drahtnetz des Gitters hatte sie zusammengerollt und auf des Nachbars Grund gelegt.

Die Revisionsverhandlung, die sie selbst verlangt hatte, wurde am 13. 12. 23 abgehalten, Selma erschien nicht, obwohl sie gesetzlich geladen war, die Revisionsklage wurde daher abgewiesen. Zum Absitzen ihrer Strafe wurde sie am 20. 2. 1924 in das Gefängnis eingeliefert. Während sie hier ihre Strafe verbüßte, kam es zu einer neuen Gerichtsverhandlung am 7. 4. 24 wegen der neuen Klage gegen sie; sie wollte gutwillig nicht erscheinen und mußte aus dem Gefängnis vorgeführt werden. Da sie keine Antwort gab und nur mit Gewalt dazu gebracht werden konnte, im Gerichtslokal zu verweilen, wurde beschlossen, sie wieder ins Gefängnis abzuführen. Sie wurde wieder zu 60 Tagen Gefängnis verurteilt. So saß sie bis zum 4. 6. 24 im Gefängnis.

Kaum entlassen, begann sie das alte Spiel: In der Nacht zum 17. 6. entfernte sie den von den Nachbarn wieder aufgeführten Drahtzaun, später holte sie Birkenzweige im Wert von 1 Krone vom K-Hagen, am 29. 8. Heu im Wert von 15 Kronen, und sie und Paul verjagten am 26. 9. des Nachbars Vieh vom K-Hagen, und zwar mit Steinwürfen, sodaß eine Kuh eine Wunde am Kopf erhielt. Als der Polizeibeamte zur Untersuchung kam, lief sie weg, ihre Schwester Ida gab keine Antwort, und die Mutter, die im Hause war, wollte die Türe nicht aufschließen. Selma wurde wieder verhaftet und am 3. 11. ins Untersuchungsgefängnis gebracht. Hier benahm sie sich auffällig: Sie liegt in der Zelle auf dem Boden, antwortet ihrem Verteidiger nicht auf seine Fragen, so daß dieser den Eindruck erhält, daß sie geisteskrank ist, und verlangt, daß sie untersucht wird.

III. Gutachten von *R. Carrière* und *B. Ebbell*, über Selma. Zu Sachverständigen wurden Provinzialarzt *Ebbell*, der sie schon einmal untersucht hatte, und ich ernannt. Außer den schon oben wiedergegebenen Auszügen aus den Gerichtsakten seit ihrer Entlassung 30. 10. 23 sei aus unserem Gutachten folgendes mitgeteilt:

Über ihr Benehmen im Gefängnis erzählt der Gefängnisbeamte: Beim ersten Gefängnisaufenthalt verrichtete Selma die übliche Gefangenarbeit. Beim zweiten Aufenthalt wollte sie dies nicht, da sie zu unrecht festgesetzt sei, arbeitete aber einiges für sich selbst. Aber jetzt beim dritten Aufenthalt im Gefängnis will sie überhaupt keine Arbeit anrühren, nicht einmal ihr eigenes Strickzeug. Meistens liegt sie auf dem Fußboden, und sie schläft ziemlich viel. Sie liest fast nichts, hat nur etwas in den letzten 8 Tagen gelesen. Sie ist fast vollkommen stumm, sagt nichts von selber, antwortet nicht, sagt nicht einmal danke, wenn man ihr etwas gibt. Nur ein einzelnes Mal, als eine Bekannte ihr Obst geschickt hatte, fragte sie, von wem es sei. Sonst ist nichts Abnormes an ihr zu merken, sie schläft ruhig, ißt gut, tritt natürlich und ordentlich auf, kleidet sich selbst, ordnet selbst ihre Sachen, ist sauber und ordentlich, hat keine merkwürdigen Bewegungen oder eigentümliche Stellungen, keine Zeichen für Halluzinationen.

Wir versuchten mehrmals, zusammen und einzeln, Selma zum

Sprechen zu bewegen. Das glückt doch nur äußerst selten. Einmal sagte sie ein fast unhörbares „Nein“ auf meine Frage, ob das Obst, das sie bekommen hatte, von ihrer Mutter sei, ein andermal antwortete sie auf eine Frage nach ihrem Bruder: er ist in Amerika. Sonst sitzt sie stumm da. Jedoch ist ihr Gesichtsausdruck und Benehmen ganz natürlich und zeigt unzweifelhaft, daß sie alle Fragen versteht, aber nicht antworten will. Ihr Gesichtsausdruck und ihre Mimik sind stets in Übereinstimmung mit dem, was man sagt. Sie sieht ernster aus, wenn man ernst darüber spricht, daß sie sich vielleicht unvorsichtig benommen hat, oder darüber spricht, daß ihr Vater sich seiner Zeit das Nutzungsrecht am K-Hagen vorbehielt, soweit er verkauft wurde, aber sie sagt nichts hierzu, trotzdem man es so zurecht legt, daß vielleicht nur ein Teil des K-Hagens verkauft wurde und sie vielleicht also doch Anrecht auf einen Teil des K-Hagens habe. Andrerseits lächelt sie, ja lacht sie beinahe auf eine scherzhafte Bemerkung, wie als ich ihr sagte, es sei nett mal eine Frau zu treffen, die den Mund so lange halten könne, wie sie. Außerdem lächelt sie öfters während des „Gespräches“, und dies deutlich in dem Gedanken: „sprich du nur, ich werde mich schön hüten, was zu sagen, du überlistest mich nicht“. Sie will die Hand nicht zum Gruße geben, aber wenn man sie bittet, die Zunge zu zeigen, oder sich zurechtzusetzen, damit man die Kniescheibenreflexe prüfen kann, aufzustehen und die Augen offen zu halten zur Untersuchung der Pupillenreflexe, so tut sie dies alles sofort ohne irgendwelches Widerstreben.

Sie liest ab und zu im Gesangbuch und den religiösen Blättern, die sie hat, ist sauber, ordentlich, will aber jetzt im Gefängnis nichts arbeiten. Ihr Gesichtsausdruck und ihre Bewegungen, z. B. mit den Fingern — ob sie eine Zeitschrift anfaßt, oder die Hände stille hält — zeigen, daß sie aufmerksam allem folgt, was man sagt, und daß die Aufmerksamkeit nachläßt, wenn man schweigt oder von unbedeutenden Dingen redet. Meistens läßt sie den Blick sinken, aber ab und zu blickt sie auf, und dies entweder mit einem forschenden Ausdruck, oder etwas überlegen, dabei dann gern lächelnd, — beides gut verständlich und natürlich: „Warum redet ihr immer wieder auf mich ein, ihr müßt doch wissen, daß ich kein Wort rede, ehe ich nicht mein Recht bekommen habe“ — oder „Du kannst mir doch nie beikommen, ich habe doch die ganze Zeit hindurch schweigen können“.

Ihr ganzes Auftreten, gegenüber den Nachbarn, den Behörden, und jetzt im Gefängnis, ist vollkommen verständlich, wenn man den Gedanken bei ihr voraussetzt, daß das zivilgerichtliche Urteil vom 1. 8. 1921 unrichtig war, daß der K-Hagen ihrer Familie gehört, und daß sie auf ihr Eigentumsrecht nicht verzichten will, koste es was es wolle. Von diesem Gedankengang ausgehend ignoriert sie das Urteil und nimmt sich ihr Recht selbst, sucht jeden Verkehr mit den Behörden zu vermeiden, wenn diese sie dafür zur Rechenschaft ziehen wollen. Eine Fortsetzung im selben Gedankengang ist es, wenn sie jetzt nicht einmal mit ihrem Verteidiger, den Gefängnisbeamten, uns Ärzten sprechen will. Das vorige Mal half ihr ja das Reden nichts, darum ist es besser zu schweigen und den passiven Widerstand bis zum äußersten fortzusetzen, in der Hoffnung, daß zum Schluß doch ihr Recht siegen muß.

Diese psychische Einstellung, daß eine Person von einem bestimmten Gedanken ausgeht, den sie für richtig und von außerordentlicher Bedeutung hält, den sie daher nicht aufgeben will, sondern lieber mit dem Gesetz in Konflikt kommen, — ist nichts Abnormes. Diese Einstellung finden wir bei vielen, denen wir bedeutende Kulturwerte verdanken, z. B. Luther, Hauge (dem norwegischen religiösen Reformator), — und auf anderen Gebieten: Es ist dieselbe Energie, die Graf Zeppelin an seiner Idee festhalten ließ, die alle verspotteten, und dieselben psychologischen Momente liegen zugrunde dem Auftreten der englischen Suffragetten und der Nahrungsverweigerung des Bürgermeisters Cork, oder Liebknechts und Rosa Luxemburgs Festhalten an den kommunistischen Ideen bis zum Tode.

Es kann also nicht die Rede davon sein, Selma als geisteskrank zu bezeichnen, weil sie sich sozusagen in diese eine Idee verbissen hat und von dieser Überzeugung aus handelt, selbst wenn ihr Auftreten unverständig und eigen wirkt, und selbst wenn diese Idee objektiv gesehen vielleicht weniger berechtigt sein kann. Es kann kein Zeichen einer Geisteskrankheit bei ihr nachgewiesen werden, und es ist eine alte Regel, daß eine einzelne Eigenheit nie ausreichen kann, um eine Diagnose auf Geisteskrankheit zu stellen; es ist eine Mehrheit von Symptomen erforderlich. Dazu kommt, daß speziell die abweisenden, stummen, „negativistischen“ Geisteskranken, die in ihrem Benehmen ähnliche Züge aufweisen können, wie Selma, auf eine andere Art abweisend oder schwierig sind — der Gesamteindruck, der sich nicht so leicht beschreiben läßt, läßt uns sicher fühlen, daß Selma nicht geisteskrank ist. Bei der körperlichen Untersuchung, den Reflexen usw. war auch nichts Krankhaftes nachzuweisen.

Konklusion: wir halten Selma nicht für geisteskrank (*R. Carrière* und *B. Ebbell*).

Das Schöffengericht sprach Selma am 5. 1. 1925 frei, wobei die Mehrzahl der Richter davon ausgehen zu müssen glaubte, daß sich „der Glauben der Angeklagten an ihr Recht und daran, daß der K-Hagen ihrer Familie gehört, zu einer fixen Idee bei ihr entwickelt hat, so daß sie unzugänglich geworden ist für jeden Gedanken daran, daß es ein Vergehen von ihr sein kann, wenn sie über dies Stück Land disponiert, und daß man demnach sagen muß, daß sie in gutem Glauben gehandelt hat“.

Aber damit nicht genug. Der Staatsadvokat verlangte erneute Behandlung der Klage, und zugleich sprach sich die gerichtsmedizinische Kommission dahin aus, daß zur völligen Klärung der Frage nach Selmas Geisteszustand ihre Beobachtung in einer Anstalt wünschenswert sei.

So wurde Selma denn zur Beobachtung in die Anstalt Eg Asyl bei Kristianssand gebracht und die Ärzte der Anstalt, Direktor *Thv. Dahle* und Reservearzt *L. Melsom*, mit dem Gutachten beauftragt.

IV. Gutachten (das dritte über Selma), aus der Irrenanstalt Eg.

Folgendes hat aus dieser Beobachtung in der Anstalt noch Interesse: Ein Nachbar erklärt, daß Selma und ihre Geschwister immer etwas eigen gewesen seien, auch ihre Eltern, so daß sie nicht nachgeben wollten,

wenn sie sich einmal etwas in den Kopf gesetzt hatten. Auch ein anderer Nachbar, Schulkamerad von Selma, erklärt, sie sei eigensinnig gewesen, sonst war sie wie die andern Kinder. Er hatte einmal gesehen, wie Selma, als sie etwa 8—12 Jahre alt war, sich auf die Erde legte und viel mehr als gewöhnlich schrie, aufstand, sich wieder hinwarf, stets schreiend. Ihre Mutter, die dabei war, jagte sie schließlich vor sich her nach Hause. Er hatte sie in jener Zeit auch mehrmals im Hause schlimm schreien hören, wenn er dort vorbeiging. Das Verhältnis zwischen den Geschwistern und den Nachbarn war erträglich gut, solange sie jünger waren, je älter sie wurden, desto schwieriger war es, mit ihnen auszukommen. Nach der Pfändung wegen der Gemeindesteuern (siehe weiter unten) wurde es mit einem Mal erheblich schlechter. Der Nachbar T. Ö. erklärt, daß Selma und ihre Geschwister von jung auf bis zum Alter von 12—13 Jahren schlimme Schreier waren, namentlich Selma. Er hat mehrmals gesehen, wie Selma sich im Zorn auf die Erde warf und förmlich heulte, wenn sie nicht ihren Willen bekam. Sie war als Kind und Erwachsene sehr eigensinnig, wollte nie nachgeben. Zwischen Selmas Familie und der des Zeugen bestand seit langem ein gespanntes Verhältnis, so daß sie nicht miteinander verkehrten.

Auf der Schule war Selma in allen Fächern und Betragen wie der Durchschnitt.

Der Polizeibeamte gibt noch folgende interessante Mitteilungen: Bei der letzten Volkszählung und der Rationierungszählung während des Krieges verschlossen sie die Türen vor den Zählern, da man aber wußte, wie unmöglich sie waren, wurden sie nicht gemeldet. Nach seiner Meinung nehmen Selma und ihre Geschwister keine Spur Rücksicht auf Gesetz und Recht; wenn sie sich eine Ansicht gebildet haben, so soll ihre Ansicht Gesetz sein, und damit basta.

Wie erwähnt, war die Familie wegen Gemeindesteuern gepfändet worden. Der Vorgang liegt zeitlich vor den Streitigkeiten mit den Nachbarn und ist der einzige sonst bekannte Konflikt der Familie mit dem Gesetz: 1915 wurde festgestellt, daß sie seit 1912 keine Kreissteuern bezahlt hatten. Sie scheinen sich damit gedeckt haben zu wollen, daß die Mutter 1911 den Hof ihrer Tochter Ida übertragen hatte, die ihren Wohnsitz in Stavanger hatte, und daß sie kein Geld zum Steuern-bezahlen hätten. Der Kreiskassierer erklärt 1915 über diese Hofübertragung: „Dies ist bei den Verhältnissen hier eine so unnatürliche Art und Weise, daß jedermann hier glaubt, daß es rein pro forma ist, nur um der Kreissteuer und eventuellen anderen Verpflichtungen zu entgehen.“ Bei den Pfändungen waren sie äußerst schwierig. Als 1916 erneut gepfändet werden sollte, bat der Kreiskassierer um polizeilichen Beistand, da er „körperlichen Überfall“ befürchtete. Auch der Polizeibeamte meinte, daß aller Wahrscheinlichkeit nach „Gewalt gebraucht“ würde, und teilt mit, daß zwei Ingenieure, die auf dem Hof Vermessungen anstellen sollten, von Paul und Selma weggejagt wurden, die mit einem Spaten und einem Holzscheit herbeikamen. Die Pfändung 29. 5. 1916 hatte einen dramatischen Verlauf. Der Polizeibeamte war zur Stelle, sowie der Kreiskassierer und zwei Zeugen. Ida bezahlte ihre Steuern, die anderen weigerten sich. Während protokol-

liert wurde, kamen die Mutter und später Selma herein mit Stöcken, die sie schwangen, schimpften und verlangten, daß die Leute sich entfernen sollten. Als die Pfändungsbeamten eine Kuh mit sich genommen hatten und ein Stück Weges mit ihr gekommen waren, kamen Ida, Selma, Paul und die Mutter ihnen nachgelaufen und versuchten mit Gewalt, die Kuh wieder zu nehmen, wobei sie fürchterlich fluchten und davon sprachen, daß der Polizeibeamte abgesetzt werden solle. Nachdem sie so drei Stunden gestanden hatten, mußten die Beamten aus Rücksicht auf die Kuh das Tier freigeben. Einer der Zeugen erklärte, daß die Menschen sich wie die Wilden gebärdeten und heulten, daß er Selmas Zähne in seiner Hand gefühlt habe, und daß sie nach ihm trat.

Selma im Eg Asyl: Bei der Ankunft anscheinend recht freundlich gestimmt, lächelte, wenn man sie ansprach, antwortete aber kein Wort, wollte die Hand nicht zum Gruße reichen. Aus ihrem Blick und Mienenspiel, die nicht im geringsten steif und maskenartig waren, ging hervor, daß sie vollkommen klar und gesammelt war und aufmerksam allem folgte, was um sie herum vor sich ging. Sie war in Haltung und Bewegungen frei und ledig. Und so hat sie sich während des ganzen Aufenthaltes in der Anstalt benommen. Sie hat kein Wort gesprochen. Bei scherzhafter Rede konnte sie lächeln, ihr Ausdruck war in der Regel nicht mürrisch oder abweisend. Bei körperlicher Untersuchung kam sie willig den Anforderungen der Ärzte nach. Sie wollte sich jedoch nicht wiegen lassen. Sie hat nichts tun wollen, aber mit deutlichem Interesse Bücher und Zeitungen gelesen. Sie wollte das Zimmer nicht verlassen. Als man sie eines Tages trotz ihres Widerstandes in den Garten führen ließ, wurde sie deutlich mißvergnügt und verdrießlich, und unterließ in den folgenden Tagen fast ganz zu essen. Sie war die ganze Zeit hindurch sauber und brauchte keine Hilfe. Sie hat die ganze Zeit gut geschlafen. Anzeichen irgendeiner Sinnestäuschung wurden nicht beobachtet, ebensowenig etwas anderes psychisch Abnormes, abgesehen von ihrer Stummheit und abweisendem Verhalten. Bei der Abreise war sie wie bei der Ankunft, lächelte, als Arzt und Oberschwester von ihr Abschied nahmen, wollte aber keinem die Hand geben.

Zusammenfassend meinen die Sachverständigen, daß zwischen dem Benehmen Selmas und ihrer Geschwister kein wesentlicher Unterschied zu sehen sei, Selma war nur die energischste und ausdauerndste im Kampf um den K-Hagen. In Selmas durchgeführtem „Streik" gegenüber den vorigen und diesen Sachverständigen, der vollständigen Stummheit, sehen sie nichts anderes als einen Ausschlag der Kampfmethoden der Familie. Ob eins der Geschwister hinter den andern steckt und sie aufhetzte und seine Meinung eingab, ist eine offene Frage. Das müßte Ida oder Selma oder beide sein.

Die Diagnose paranoia querulans wird abgelehnt; was für sie angeführt werden kann, seien zu unbestimmte Äußerungen, die eher der Ausschlag eines mißtrauischen, zänkischen Gemütes sind. Auch besteht kein krankhaft erhöhtes Selbstgefühl, keine deutliche Umdeutung wirklicher Geschehnisse. Außerdem war Selma in zwei verschiedene Gerichtsangelegenheiten verwickelt, die Steuerangelegenheit

und die Eigentumsstreitigkeit, was bei der echten Paranoia kaum der Fall sein würde, die sich von einem Kern aus zu entwickeln pflegt.

Dagegen meinen auch diese Sachverständigen, daß Selmas ganzes Auftreten sich erklären läßt aus ihrer eigenartigen Persönlichkeit mit dem ungewöhnlichen Eigensinn und Halsstarrigkeit. Die gleichen Züge scheinen auch ihre nächsten Verwandten zu kennzeichnen. Wenn diese eine so starke Entwicklung erreicht haben, wie hier, so deute dies auf eine gewisse krankhafte Veranlagung. Mit anderen Worten gehöre sie zu den psychopathischen Individuen, die als Pseudoquerulanten bezeichnet werden. Möglicherweise kann in Verbindung hiermit eine gewisse Herabsetzung ihrer Verstandeskräfte vorliegen mit daraus folgender geringer Urteilskraft. Wegen ihrer absoluten Stummheit machen die Sachverständigen schließlich den Vorbehalt, daß sie nicht ganz die Möglichkeit ausschließen können, daß es sich um eine in der Entwicklung begriffene paranoische Erkrankung handele. Doch finden sie nicht ausreichende Haltepunkte für eine solche Annahme.

Konklusion: Wir halten Selma nicht für geisteskrank. (*Thv. Dahle* und *L. Melsom.*)

Selma wurde am 28. 9. 25 freigesprochen, jedoch mit der Bestimmung, daß die Behörden sie eventuell in eine Kur-, Pflege- oder Arbeitsanstalt bringen sollen.

Dies Urteil nützte nichts. Schon im März 1926 schreiben die Zeitungen (Stavanger Aftenblad) erneut über „die unmögliche Familie". Jetzt richten sich die Übergriffe allerdings weniger auf den K-Hagen, — daß die Berührung des K-Hagens doch zu gefährlich war, scheinen sie eingesehen zu haben —, sondern auf ein Waldstück, das einem Nachbarn M. Ö. gehört, nicht dem Besitzer des K-Hagens. Da haben unsere Geschwister sich Birken geholt, und als der Besitzer sich dies verbat, wurde ihm unter Scheltworten der Bescheid gegeben, daß das Waldstück den Geschwistern gehöre. Als M. Ö. eines Tages selbst dort Holz holen wollte, wurde Ida vollkommen rasend und kam mit erhobener Axt auf ihn zu. Es gelang, ihr die Axt zu entwinden, worauf sie schrie, er habe ihr die Schulter verrenkt, worauf Selma angelaufen kam und mit schimpfte. Als der Nachbar nun anfing, zu fällen, vergaß Ida ihre verrenkte Schulter und begann selbst aus allen Kräften auf eine Birke einzuhauen. Selma soll sich seit dem letzten Urteil sehr zurückgehalten haben, Ida dafür aktiver geworden sein. Vor dem K-Hagen scheinen sie, wie gesagt, Respekt bekommen zu haben, sie haben doch im Winter ein paarmal dort Baumasche gestreut, vielleicht auch ein paar Birken gehauen. Der Polizeibeamte fand Selma wie gewöhnlich stumm, Ida hatte sich versteckt.

Ein Ende ist da wohl gar nicht abzusehen, wenn die Behörden nicht diese Geschwister von ihrem Hofe entfernen. Wo sie auch hinkommen werden, wird es Schwierigkeiten geben. Die Angelegenheit hat natürlich auch Interesse in der Öffentlichkeit erweckt. Im „Stavanger" vom 1. 10. 1925 schreibt z. B. ein Einsender im Anschluß an die Gerichtsverhandlung, Selma sei ein Anachronismus, Wiederkehr einer Gestalt aus altnordischer Sippe, einer Zeit, da die Erde heilig und unverkäuflich war. Ihr souveräner Trotz und Wille erinnere fast an die Sage von

den Wölsungen und die isländischen Sagen. Daß eine Frau eine Mentaluntersuchung in einer Irrenanstalt aushalten kann, ohne den Mund aufzutun, während ihre Augen wach den Geschehnissen folgen, sei eine Willensprästation von Rang, gleichen Wertes damit, daß eine Frau sich zu Bette legt und im Trotz lieber verhungert, als zu reden und zu essen — dieser Fall lebe ewig in der Sage, Selma aber werde ihre Tage womöglich in einer Irrenanstalt endigen. Zur Erklärung führt der Einsender an, daß die Bewohner dieses Hofes eben ganz für sich gelebt haben, ohne Berührung mit der Außenwelt. Da werden die Instinkte stärker, die sagen, daß Land nicht aus dem Besitz des Geschlechtes gehen darf. Solche Eigenbrödler reagieren ja gerne anders auf Gesetz und Polizei, als Massenmenschen. Es wird auf mehrere derartige Sonderlinge dieses Landesteils hingewiesen. Es gäbe keine schönere und natürlichere Handlung, als wenn der Staat den K-Hagen kaufte und an Selmas Familie gebe. — Dieser Gedanke des Einsenders, daß nur die Rückgabe des Landes an die Familie diese zur Ruhe bringen könne, ist sicher richtig — im Verlaufe der Verhandlungen hat auch eine Stavanger Bürgerin versucht, den K-Hagen zu kaufen, um ihn an Selmas Familie zu geben — aber die Nachbarn wollen nicht. Der norwegische Starrsinn sitzt eben nicht nur in der Familie Selmas. Auch die Nachbarn wollen ihr Recht haben.

Am 23. 3. 26 enthält das Stavanger Aftenblad ein anderes Eingesandt, und es ist interessant, diese Darstellung zu lesen, die eine Antwort auf die oben erwähnte Notiz über die „unmögliche Familie" ist. Hier ist es, als ob Selmas Familie endlich ihren Standpunkt klarlegte:

Die Witwe — Mutter — verliert früh ihren Versorger, und blieb mit einem Haufen Kinder allein. Sie kämpfte sich doch tapfer durch. Aber bald merkte sie, daß andere ihr Eigentum begehrten. So entstand der Kampf um das Erbe der Väter. Warum verteidigte die Familie sich nicht vor Gericht? Die Witwe ist alt geworden, versteht nichts von Gericht. Die Kinder sind von ihrem Recht überzeugt, sie haben kein Zutrauen zum Gericht, geben den Kampf auf mit dem Gefühl, Unrecht erlitten zu haben. Ihr ganzes Leben haben sie sich wehrlos gefühlt. Aber sie arbeiten weiter auf ihrem Land, sonst verlören sie das Recht daran. So werden sie verfolgt, untersucht, geisteskrank erklärt. So wurde der eine Sohn nach Dale Asyl gebracht. Ich sprach persönlich mit ihm, ehe dies geschah. Er war normal und tat keiner Fliege etwas zu leide. Und diese ganze Zeit hindurch sind sie stumm gewesen. Sie haben den Glauben an die öffentliche Gerechtigkeit verloren und leiden, in der Hoffnung, endlich zu siegen. — Wie man sieht: Wenn das alles richtig wäre, wenn die Familie wirklich ursprünglich den K-Hagen besessen hätte, so kann man psychologisch ganz gut diesem Einsender folgen, aber gerade die wichtigsten Papiere sind bei dem Seemann im Ausland, und die Familie hat nie Vertrauen zur Öffentlichkeit besessen, sondern von vornherein sich selbst zu Recht verholfen. Typisch für die halbwisserische Einstellung des Einsenders dann die Behauptung, daß Paul vor der Einlieferung in die Anstalt völlig normal gewesen sei. Dieser Einsender schickte dann an Paul in die Anstalt folgenden Brief:

Lieber Paul — bin zur Zeit in Stavanger, um zu erfahren, welcher Grund vorliegt für die Behandlung, die du erlitten hast. Ich will euch gerne helfen, denn ich glaube, ihr seid ungerecht und schlecht behandelt. Ich weiß, daß dir nichts fehlte mit den Sinnen (scl. Vernunft) im letzten Sommer, und ich bin sicher, daß Du normal bist. Ich will euch daher helfen, soweit möglich. Wenn Du jetzt wieder frei wirst, dann sei nicht bitter wegen der Behandlung, die Du erlitten hast. Vertraue auf Gott, er wird schon die Gerechtigkeit siegen lassen. Wenn ihr meine Hilfe haben wollt zur Aufklärung der ganzen Sache, so will ich vollkommen zu Diensten stehen. Ich weiß, die Wahrheit wird siegen. Ich schreibe an das Justizministerium, um mich darüber zu verhören, was zugrunde liegen muß, um Leute monatelang in eine Irrenanstalt bringen zu können. Und die Angelegenheit mit dem kleinen Landstück und dem Nachbar hätte ich Lust, falls nötig, bis zum Reichsgericht zu bringen. Aber hierüber später. Sei ruhig, wenn Du nach Hause kommst. Arbeite vorläufig nicht auf dem umstrittenen Stück Land, so wollen wir sehen, ob sich nicht alles auf die rechte Art und Weise ordnen läßt.

Paul hat den Brief nicht gelesen, worüber später. Ich schrieb an den Absender des Briefes, und bekam die Antwort, daß er, wie ich vermutete, mit der Familie verwandt ist. Er versuche aber nicht deswegen, sie etwa zu ermutigen, sondern er fühlt, daß die Familie ganz alleine dasteht, von allen Menschen verlassen, und sozusagen an allem zweifelt. Dies, in Verbindung mit der Unwissenheit der Bewohner eines abgelegenen Gebirgstales habe einen kolossalen Einfluß auf ihr Seelenleben, so daß sie etwas ehrliche Aufmunterung brauchen, nicht nur Püffe, wenn sie nicht verzweifeln sollen unter Umständen wie die, in welche diese Familie jetzt gekommen ist. Der Briefschreiber ist übrigens Theologe.

Noch klarer wird seine Einstellung zu der ganzen Angelegenheit, wenn man sein letztes Eingesandt im Stavanger Aftenblad vom 18. 5. 26 liest: „Nachdem ich Nachforschungen wegen Aftenbladets beleidigendem Artikel vom 9. 3. angestellt habe, will ich folgendes mitteilen: Im genannten Artikel wird erzählt, daß die „schwierige Familie" nach einem Waldstückchen trachte, das M. T. Ö. gehört, sowie daß Frau Ida genannten M. T. Ö. mit erhobener Axt überfallen hatte. Die Wahrheit ist, daß Aftenblad die Sache auf den Kopf stellt. Die Familie trachtet durchaus nicht nach dem Eigentum eines anderen. Es ist gerade umgekehrt, was ich im vorigen Eingesandt klar zu machen versuchte. Ida ist auch nicht mit erhobener Axt gegen M T. Ö. gegangen. Das ist aus der Luft gegriffen. Augenzeugen erzählen, daß genannter Mann die Frau überfiel. Er äußerte auch, daß es nicht genug sei, daß es weh tat im Arm, den er ergriffen hatte, „der hätte gebrochen sein sollen". Er scheute sich auch bei einer anderen Gelegenheit nicht, „die Stumme" anzugreifen. Wenn der Polizeibeamte mitteilt, daß Frau Ida sich bei der Untersuchung der Angelegenheit versteckt habe, so ist auch dies unkorrekt. Daß sie hätten Grund haben können, sich vor ihm zu verstecken, ist etwas anderes, denn er ist mit dem Pferd und anderem Vieh der Familie abgezogen, so daß sie bei der Frühjahrsbestellung fast hilflos

ist. Für rechtdenkende Leute ist solch ein Vorgehen gegen eine ehrbare Familie durchaus empörend. Aftenblad vergißt auch etwas über die Behandlung zu erwähnen, der die Familie sonst ausgesetzt war. Die Zeitung erwähnt nichts über den, der in der Irrenanstalt Dale Monate gesessen hat ohne Grund. Ich hoffe, daß die Zukunft Licht über die Wahrheit verbreiten wird, und daß Aftenblad die Sache gründlicher untersucht, ehe es bösartige und unwahre Mitteilungen über eine Familie in der sonst so ausgezeichneten Zeitung Raum finden läßt."

Die Zeitung erklärte natürlich nur ganz kurz, daß sie die Polemik nicht fortsetzen könne, „es gehört große Sicherheit dazu, um öffentlich z. B. sagen zu können, daß ein Mitglied der Familie ohne jeden Grund monatelang in Dale Asyl gesessen habe."

Ehe ich zu Paul übergehe, noch ein kurzes Wort über Selma: Nachdem Paul, wie wir gleich genauer erfahren werden, am 26. 9. 25 in die Irrenanstalt Dale aufgenommen worden war, bekam er am 30. 9. schon Besuch, und zwar von Selma, die sich in Begleitung eines sozialistischen Reichstagsabgeordneten einfand. (Der Abgeordnete hatte nur allgemein-menschliches Interesse, die Schwester zu ihrem Bruder zu begleiten, und natürlich Interesse an der ganzen Sache, die ja die Öffentlichkeit beschäftigt hatte. Sonst stand er der Sache fern.) Selma, die bisher mir, wie den anderen gegenüber Stumme, diskutierte nun eifrig mit mir sowohl die ganze K-Hagen-Geschichte, wie auch des Bruders Anbringung in der Anstalt. Sie gab zu, daß er damals krank aus dem Gefängnis kam, meint aber, daß er jetzt nicht krank sei, und daß es ein Skandal sei, ihn in die Irrenanstalt einzusperren. Der K-Hagen gehöre ihnen und sie würden es beweisen, sie wollen sich aber jetzt erst die richtigen Papiere verschaffen. Sie sprach lebhaft, natürlich unbelehrbar, aber beherrscht, und — zwar eigensinnig — aber ohne irgendwie ein Abweichen vom Normalen zu zeigen. Namentlich gelang es mir nicht, während des Gespräches Anhaltspunkte für ein Systematisieren zu finden, oder sonst etwas, was an Paronoia denken lassen könnte. Die drei Gutachten wurden hierdurch nur vollauf bestätigt.

Während also Selma und Heinrich nicht als geisteskrank angesehen wurden, ging es anders mit Paul und Ida.

V. Gutachten über Paul, von Direktor *C. Wingard* und Prov. Arzt *Ebbell*, vom 20. 10. 1923.

Dies Gutachten wurde gleichzeitig mit I und II abgegeben. Es ist im Bericht der Kommission nur eine ganz kurze Zusammenfassung wiedergegeben, es enthält aber interessante Einzelheiten.

Über seine dauernden Übergriffe auf den K-Hagen und sein Benehmen beim Erscheinen des Polizeibeamten und vor Gericht usw. sei an das Gutachten I erinnert: er war stumm, lief fort, wenn er vorgeladen werden sollte usw. genau wie Selma. Er wurde dann wie erwähnt, am 8. 11. 1922 ins Gefängnis in Stavanger eingeliefert, wo er bis zum 8. 12. sich aufhielt. Während der letzten Tage seines Aufenthaltes im Gefängnis wurde er krank. Der Gefängnisarzt teilt mit, daß Paul über Kopfweh klagte, etwas unruhig war, verlangte, entlassen zu werden, und wenig aß. Als er entlassen werden sollte (8. 12. 22), war sein

ganzes Wesen so verändert, seine Orientierungsfähigkeit so reduziert, und er sah so schlecht aus, daß er ins Krankenhaus von Stavanger verlegt wurde. Hier mußte mehrere Tage lang Tag und Nacht von mehreren Männern Wacht über ihn gehalten werden, bis er so weit gebessert war, daß er nach drei Tagen seiner Schwester Selma übergeben werden konnte, die mit ihm nach Hause fuhr.

Die Nachbarn merkten an Paul, als er aus dem Gefängnis nach Hause kam, nichts, was auf Geisteskrankheit deuten könnte. Sie meinten, der Aufenthalt im Gefängnis habe ihm gut getan, „denn jetzt geht er ab und zu zu andern Leuten und spricht ab und zu mit seinen Nachbarn, was er früher selten tat".

Dann kamen neue Anzeigen, im Mai 1923; der Polizeibeamte konnte kein Wort aus Paul herausbekommen, Paul erschien nicht vor Gericht 18. 7. 23, trotzdem die Ladung in seiner Wohnung hinterlegt worden war. Selma teilte mit (1923), daß Paul bis zum Gefängnisaufenthalt 1922 normal gewesen sei, fleißig, am liebsten bei der Feldarbeit. Aus dem Gefängnis kam er krank nach Hause (8. 12. 1922), wurde aber allmählich besser und arbeitete im Sommer gut, wenn auch nicht so gut wie früher. Warum er als der älteste nicht den Hof bekommen hat, sondern Ida, will Selma nicht erörtern. Der Wachtmeister des Gefängnisses teilt mit, daß Paul beim ersten Aufenthalt 1922 zunächst vollständig stumm gewesen sei, aber allmählich bekam man ihn zum Arbeiten und er begann etwas zu sprechen, aber nicht über die gerichtliche Angelegenheit. Er war sehr fleißig. Am Schluß des Aufenthaltes wurde er dann krank, wie oben beschrieben. Als der Arzt kam, war er eigentümlich, konnte sich nicht ordentlich mitteilen. An dem einen Morgen fand man ihn unterm Bett liegen. In der letzten Nacht war er unruhig, lief in der Zelle umher, sprang auf Tisch und Bank und rief aus dem Fenster hinaus. Als er entlassen werden sollte, lag er auf dem Boden und sagte, er könne nicht aufstehen. Er war ängstlich und bat, man solle ihm nichts antun. Als er aufgehoben wurde, konnte er zwischen zwei Männern gehen. Beim jetzigen Gefängnisaufenthalt (1923) war er sehr abgestumpft, antwortet oft nicht eine Silbe. Er konnte nicht ordentlich arbeiten. Er sitzt viel auf dem Klosettdeckel und starrt vor sich hin, zerpflückt, was er in den Händen hat, z. B. Papier. An mehreren Abenden mußte man ihm mit dem Entkleiden helfen und ihn ins Bett bringen, weil er sitzen blieb, ohne etwas zu tun. Mehrere Male ging er aus dem Bett und legte sich vor die Türe auf den Fußboden, weil er meinte, es wolle jemand hereinkommen und ihm etwas antun. An einzelnen Tagen ißt er überhaupt nichts, an anderen mehr als seine Portion.

Status praesens (August 1926): Unter Mittelgröße, kurze Beine. Der Kopf hinten ziemlich breit, wird nach vorn zur Stirn schmäler. Nichts Besonderes bei Ohren, Gaumen und Zähnen. Die Pupillen gleichgroß, reagieren träge. Patellarreflexe vorhanden. An den Brustorganen nichts Besonderes. Puls 96, regelmäßig. Der Gesichtsausdruck ist steif und unbeweglich, stumpfsinnig und ehestens etwas traurig, er starrt in der Regel mit leerem Blick vor sich hin. Zuweilen ist er ganz abweisend, will nicht die Hand geben oder die Zunge ausstrecken, nicht ein einziges

Wort antworten, er geht nur in der Zelle hin und her und sieht geradeaus vor sich hin. An anderen Tagen antwortet er auf einzelne Fragen, streckt, wenn auch zögernd, die Zunge heraus. Er will aber weder seinen Namen oder sein Alter angeben, noch über die Streitsache sprechen. Eines Tages erzählte er, daß er nachts starke Schmerzen in der einen Seite im Unterleib bekommen habe, er hatte auf dem Boden an der Tür gelegen und geglaubt, daß jemand durch die Türspalte kam und ihn krank machte, was es war, weiß er nicht, es kam in den Mund herein und ging in den Leib hinunter. Ein andermal spicht er davon, daß man ihn hier im Gefängnis so zu Schanden gemacht habe, daß er das Wasser nicht mehr halten kann, er weiß aber nicht, von wem und wie es gemacht wurde. Er sagt, daß er Kopfweh hat, und „weg ist", das hat er gehabt, seit er ins Gefängnis kam. Im Sommer sei er gesund gewesen, habe aber nicht so viel arbeiten können, wie früher.

In der Zusammenfassung betonen die Sachverständigen, daß Paul im Gefängnis 1922 einen akuten Unruhe- und Verwirrungsanfall hatte, und seitdem kaum normal gewesen ist. Während des jetzigen Gefängnisaufenthaltes ist sein Benehmen deutlich von Geisteskrankheit geprägt: er ist sehr stumpfsinnig und apathisch, zuweilen verweigert er die Nahrung, zuweilen ißt er ungewöhnlich viel, an einzelnen Tagen zeigt er ausgeprägten Mutismus und Negativismus, er hat hypochondrische krankhafte Ideen, krank gemacht worden zu sein.

Konklusion: Wir halten Paul für geisteskrank, — wir meinen, daß er zur Zeit der jetzt beklagten Handlungen geisteskrank war. (*C. Wingard*, *B. Ebbell.*) (Die „retsmedisinske" Kommission hatte hierzu nichts zu bemerken.)

Paul wurde dementsprechend freigesprochen.

Ebensowenig, wie Selma, ließ natürlich Paul seine Finger vom K-Hagen. Im Juli und August 1925 klagen die Nachbarn wiederholt, daß Paul sein Vieh auf das Eigentum der Nachbarn treibe und des Nachbarn Vieh verjage, daß er Holz und Heu hole, anfange, das Land des Nachbarn umzugraben, — er soll dies namentlich tun, wenn bei den Nachbarn nur Frauen zu Hause sind, die ihn nicht wegjagen können. Auch im vergangenen Winter und Frühjahr hat Paul mehrmals seiner Schwester Vieh auf dem Nachbargrundstück weiden lassen, Birken vom K-Hagen geholt, meist nur ein Bäumchen auf einmal, — im Lauf des Jahres war der Schaden etwa 10 Kronen. Wie man sieht, immer wieder Bagatellen. Aber, wie der Nachbar schreibt: der indirekte Schaden bei all diesen Plagen und Unbehaglichkeiten, den diese dauernden Übergriffe verursachten, läßt sich nicht in Geld schätzen. Früher war es meist Selma, aber jetzt sieht es so aus, schreibt der klagende Nachbar, als ob Paul alles ausführt, weil die Geschwister gesehen haben, daß er freigesprochen ist wegen Geisteskrankheit. Die Nachbarn verlangen, daß Paul, falls er nicht zurechnungsfähig sei, in einer Anstalt verwahrt werde.

Paul wurde denn verhaftet und zunächst ins Gefängnis gebracht, damit die nötige Erklärung für die Aufnahme in die Anstalt ausgefertigt werden konnte [1]). Paul hatte da, ähnlich wie beim letzten Gefängnis-

[1]) Für die Aufnahme in eine Irrenanstalt muß außer anderen Pa-

aufenthalt zum Teil nachts auf dem Boden gelegen, war vollständig stumm, hielt die Augen geschlossen, hatte seit der Einlieferung nichts gegessen.

So wurde Paul denn am 26. 9. 25 in die Anstalt Dale Asyl aufgenommen.

Die Vorgeschichte ist bekannt, ich lasse einen Auszug aus der Krankengeschichte folgen: Bei der Aufnahme vollständig stumm, wird auf dem ruhigen Wachtsaal zu Bett gebracht, läßt alles willig mit sich geschehen. Er ißt gut und regelmäßig (nachdem er im Gefängnis die Nahrungsaufnahme verweigert hatte). Es ist unmöglich, ein Wort aus ihm herauszubekommen, aber wenn er sich unbeobachtet glaubt, dann sieht man an seinem Gesichtsausdruck, daß er vollkommen wach alles verfolgt, was um ihn herum vor sich geht. Bei der Visite liegt er am liebsten mit dem Kopf unter der Decke. 30. 9.: Besuch seiner Schwester Selma: er spricht kein Wort, sieht aber froh und zufrieden aus und folgt deutlich allem, was gesagt wird. Er konnte dann bald aufstehen, und 13. 10. ist notiert: blättert heute in einer illustrierten Zeitschrift, immer noch stumm, ist ordentlich und fügsam, braucht keine Hilfe beim Anziehen usw. Sitzt meistens still für sich da, liegt auch gerne auf einer Bank, auch unter einem Bett, steht aber auf und setzt sich ordentlich auf einen Stuhl, wenn man ihn dazu auffordert. 30. 11.: vollständig stumm, hat aber mit der Schwester Selma, die ihn wieder besuchte, gesprochen, wenn kein anderer es hören konnte. Liest gerne in Zeitschriften. Beobachtet, was um ihn herum vor sich geht. Sieht z. B. auf, wenn ein anderer Patient etwas sagt. Kein Anzeichen einer Halluzination, oder von krankhaften Ideen. Aber er wirkt etwas stumpf, gleichgültig, erinnert an Imbezille. Der Oberpfleger teilt mit, daß Paul lächeln kann, wenn man scherzt, und daß er außer der Stummheit keineswegs krank wirkt. 13. 3. 26: wurde einmal in den Holzschuppen mitgenommen, wollte aber unter keinen Umständen arbeiten. Ein anderer Patient stieß ihn mit einem Stück Holz an den Kopf, und Paul war hierüber (und über den Versuch ihn zum Arbeiten zu bringen) äußerst beleidigt, und rührte einige Tage kein Essen an. Er ist jetzt wieder wie vor dieser Episode, er ist der erste im Saal, wenn es gilt, die neuen Zeitungen und Zeitschriften zu lesen. Stumm, arbeitet nicht. Liegt meistens stumpfsinnig und apatisch auf einer Bank. Wendet sich stets ab, wenn man zu ihm spricht. Mürrischer Ausdruck.

Als der oben schon wiedergegebene Brief kam, wollte er ihn nicht annehmen, der Oberpfleger versuchte vergebens, erst ihm den Brief auszuhändigen, dann ihm den Brief vorzulesen, Paul drehte ihm den Rücken zu und ging schließlich weg. Auch auf die mehrfachen Mitteilungen von mir, daß er nach Hause solle, reagierte er nicht. Ich war nämlich zu der

pieren eine Erklärung eines Arztes vorliegen, daß er den betreffenden für geisteskrank und anstaltsbedürftig hält, — diese Erklärung, die nicht über 4 Wochen sein darf, muß auch bei der Aufnahme schon früher als geisteskrank erklärter Patienten vorliegen. Sie darf nicht von einem Arzt der betreffenden Anstalt geschrieben sein.



Überzeugung gekommen, daß dieser Mann bei seiner negativistischen Einstellung in einer Anstalt verkommen muß. Ehe er wirklich für längere Zeit interniert wird, muß ihm die Chance gegeben werden, zu Hause zu sein, und sich nach diesem Erlebnis nun zusammenzunehmen. Ich schrieb an Selma, daß sie ihn abholen solle, natürlich ohne Erfolg — sie hat selbstverständlich den Brief nicht angenommen.

Pauls Benehmen in Dale Asyl ist in fast lächerlichem Grad eine Kopie von Selmas Benehmen in Eg asyl. Man nehme zum Beispiel die Reaktion auf die beleidigende Zumutung, aus dem Zimmer in den Garten — bei Paul sogar zur Arbeit — zu gehen: beide verweigern tagelang die Nahrungsaufnahme. Beide sind stumm, verfolgen aber genau, was um sie herum vor sich geht, usw. Auch bei Paul ist kein Anlaß, an Paranoia zu denken.

Dagegen ist Paul offenbar etwas minder begabt. Warum soll er als der Älteste sonst nicht den Hof übernommen haben? Und außerdem hat er im Gefängnis deutlich einmal eine Psychose bekommen. Seit dieser Zeit soll er nicht ganz normal gewesen sein. Wir haben Selmas Aussage, daß er wenn auch nicht so, wie früher, arbeitete; dagegen freilich die Angabe des voreingenommenen Zeitungs- und Briefschreibers, daß er mit ihm gesprochen und er vor der Aufnahme in die Irrenanstalt völlig normal gewesen sei. Ein Imbeziller wird wohl nach dem Erlebnis des Gefängnisaufenthaltes und der Psychose in seinem Wesen etwas verändert sein dürfen, sich nicht so schnell mehr in der Welt zurechtfinden, und namentlich wird die Umgebung nun erst, nachdem er einmal geistesverwirrt gewesen war, mehr darauf aufmerksam werden, daß er eben nicht ganz wie die anderen ist. Schwer oder akut geisteskrank braucht er deshalb nicht zu sein. Paul hat ja ebensowenig wie Selma in der Anstalt Zeichen einer akuten geistigen Erkrankung geboten, seine Stumpfheit und Gleichgültigkeit mögen zum Teil auf Konto der geringeren Begabung zu setzen sein. Trotzdem wirkt er in seinem ganzen Auftreten dement und negativistisch. Zwar müssen wir uns hüten, von ungewöhnlichen Reaktionen auf Geisteskrankheit zu schließen, — es kommt darauf an, wer so reagiert. Paul scheint aber seinem ganzen Auftreten nach nicht nur minderbegabt und vielleicht psychopathisch, sondern bei ihm scheint sogar eine allmählich — mit Remissionen — fortschreitende Demenz vorzuliegen. Eine genaue Diagnose ist schwer zu stellen.

Bisher hatte Ida sich — von der Steuergeschichte abgesehen — scheinbar mehr zurückgehalten und war wenigstens nicht in offenen Konflikt mit den Behörden wegen des K-Hagens gekommen. Aber nachdem durch den bisher geschilderten Verlauf der Angelegenheit die anderen Geschwister außer Spiel gesetzt worden waren — Selma auf freiem Fuß, aber mit der Drohung des Arbeitshauses, falls sie die Nachbarn nicht in Frieden läßt, Paul in der Irrenanstalt, und Heinrich zur Zeit in Amerika — tritt jetzt Ida in den Vordergrund.

Im Januar bis Mai 1926 verübt sie ein ganz Teil Übergriffe auf das Eigentum der Nachbarn, teilweise zusammen mit Selma, die aber doch eine bescheidenere Rolle spielt, wird verklagt und nach einem vorläufigen Gutachten von Provinzialarzt *Ebbell* und Reservearzt *Opsahl* am 1. 9. 1926

zur Beobachtung in die Irrenanstalt Dale Asyl aufgenommen. Ich bringe nun auszugsweise das Gutachten der genannten Ärzte:

VI. Gutachten, von Provinzialarzt *Ebbell* und Reservearzt *Opsahl*, über Ida (1926).

Aus der Vorgeschichte sei nur rekapituliert, daß Ida die Besitzerin des Familienhofes ist, daß ihr Mann von ihr gereist ist, sie selbst nicht auf dem Hofe, sondern in Stavanger wohnt, wodurch die Familie versuchte, von der Gemeindesteuer freizukommen mit dem Erfolg der Pfändungen 1915 und 1916 — siehe Gutachten IV. Seit 1920 der Streit mit den Nachbarn, denen im Urteil vom 1. 8. 1921 das umstrittene Stück Land zugesprochen wurde. Bisher war Selma die ausdauerndste, saß daher auch dreimal im Gefängnis. Es sei auch daran erinnert, daß ein Zeuge Ida als die Schlaueste von der ganzen Familie bezeichnet hatte, die hinter dem Ganzen stecke.

Schon 1915, bei Polizeiverhören wegen der Steuerangelegenheit, machte Ida Schwierigkeiten: sie sollte als Zeuge vernommen werden, erschien aber das eine Mal nicht, angeblich wegen Krankheit, das andere Mal, am 28. 9. 1915, weigerte sie sich, zu antworten, verblieb völlig stumm, gab nicht einmal ihre Personalien an, äußerte nur, daß sie keine Erklärungen zu machen habe. Der Polizeidirektor meinte schon damals: „Ich glaube kaum, daß es selbst bei Anwendung der gesetzlichen Zwangsmaßnahmen glücken wird, von der Mutter und Ida Aussagen zu erhalten.“ Die Angelegenheit wurde damals nicht weiter verfolgt.

Es folgte der geschilderte dramatische Pfändungsversuch 1916.

1920 begann Ida dann, auf dem K-Hagen Gras und Holz zu holen, da es ihr gehöre. Das Stück Land wurde den Nachbarn zugesprochen, und Ida zu 100 Kronen Schadenersatz und 300 Kronen Unkosten verurteilt. Über diese Zeit, auch bezüglich Ida, siehe Anfang des Gutachtens I. Als Ida der Anklagebeschluß gegen Selma am 6. 1. 1925 mitgeteilt werden sollte, verhielt sie sich stumm, versuchte sich fortzumachen, leistete kräftigen Widerstand, als sie bei der Verlesung festgehalten wird, wirft das Schriftstück, das in ihre Jacke gesteckt wird, weg.

Es stimmt, daß sie in St. ein Zimmer gemietet hat, wo sie ab und zu wohnte, auch Selma war ab und zu dort. Sie waren nach Aussage der Vermieterin beide scheu, wollten sich nicht zeigen.

Es scheint den Sachverständigen, daß Ida, trotzdem sie in dieser Zeit nicht selbst vor Gericht kam, im Streite eine sehr bedeutende Rolle gespielt hat, vielleicht die Leitende war. Es bestehen Zweifel, ob nicht ein von Selma unterzeichneter Brief an das Justizministerium vom 9. 1. 1923 wirklich von Ida ist, da Schrift und Art des Schreibens ziemliche Übereinstimmung mit zwei Schreiben Idas zeigen. Ein Brief Idas vom 27. 5. 1922 an ihren Advokaten lautet:

„Auf Ihre Frage vom 16. ds. erlaube ich mir, Ihnen mitzuteilen, daß der Polizeibeamte T. E. und sein Bruder und Kreiskassierer R. H. sowie 4 andere unbekannte Männer sich auf dem Hof Ö. am Sonnabend den 20. Mai gegen 12 Uhr nachmittags einfanden, als diese Männer sich auf dem Hof einfanden, war ich nicht zu Hause, einer der 4 unbekannten Personen griff meine Schwester Selma hart am Arm an, während der

Polizeibeamte sie zwingen wollte, zu erklären, wo ich Ida J. war, da er nicht wußte wo ich war und sie ihnen keine Erklärung gab. Die gleiche Person griff darauf meinen Bruder Paul auf die gleiche Art und Weise am Arm, er gab ihnen keine Erklärung, dies ging vor dem Hause vor sich, der Polizeibeamte und sein Bruder gingen dann in den Stall nahmen dann mein einziges Pferd und Zaumzeug sattelten das Pferd und gingen mit ihm weg die Ursache warum sie das Pferd nahmen weiß ich nicht dieses freche Benehmen wurde mir von meinen Geschwistern erzählt als ich an dem Abend nach Hause kam.

Ich bin nun ganz hilflos wegen der Arbeit mit der Frühjahrsbestellung die noch bei weitem nicht fertig ist da dies eine große Verzögerung der Arbeit ist und zugleich mir großen Verlust bringen kann, möchte ich Herrn Advokaten bitten so freundlich zu sein so schnell wie möglich Pferd und Zaumzeug zurückzuverlangen, so daß ich mit meiner Arbeit mit der Frühjahrsbestellung wieder fortsetzen kann, und dann verlange ich Schadenersatz von dem Tag an als der Polizeibeamte das Pferd nahm bis zu dem Tag an dem er es wieder in den Stall führt wenn der Polizeibeamte gezwungen wird Schadenersatz zu zahlen für die Zeit, die er das Pferd behält möchte ich gern daß Herr Advokat das Geld einzieht.

Ich darf sie darum bitten hiermit so schnell wie möglich anzufangen.

Herr Advokat seien Sie so freundlich zu tun was Sie können damit ich zu meinem Recht komme.

Ich werde Sie für ihre Mühe bezahlen. Hochachtungsvoll Ida J. St."

Der angeblich von Selma geschriebene Brief vom 9. 1. 1923 lautet:

„An das königliche Justizministerium Kristiania.

Ich erlaube mir hierdurch dem geehrten Ministerium mitzuteilen daß mein Bruder Paul Ö. am Sonntag den 5. November 1922 eine Reise nach St. machte. Mittwoch den 8. November wollte er wieder zurückreisen als er an Bord des Dampfers ... kam kamen 2 Stadtpolizisten die ihn festnahmen so daß er nicht zurückreisen konnte, und seitdem wußten wir nicht wo er war, ich schrieb dann an den Polizeidirektor in Stavanger und fragte wo er war, da bekam ich die Antwort, daß die beiden Polizisten vom Polizeidirektor in R. den Befehl bekommen hatten ihn zu arrestieren, schrieb da zum Polizeidirektor in R. und fragte was er gemacht habe und wo er war, (Paul war damals im Gefängnis — Urteil vom 31. 7. 1922 — siehe Gutachten I), bekam ich keine Antwort von ihm, Donnerstag den 7. Dezember 1922 reiste ich nach St. um meinen Bruder zu suchen, als ich nach St. kam wurde mir erzählt daß er im städtischen Krankenhaus lag, sehr krank und verwirrt.

Sonnabend den 9. Dezember 1922 ging ich und noch eine Dame zum Krankenhaus und wollte meinen Bruder besuchen, da hatte ich einen traurigen Anblick als ich ihn sah, mein Bruder kannte mich nicht, denken Sie mein Bruder reiste frisch und gesund nach St. und ist nie vorher krank gewesen, finde ich ihn dann wieder im Krankenhaus in solchem Zustand, als ich sah, daß mein Bruder sterbenskrank war, wollte ich ihn nach Hause haben zu unserer alten Mutter fragte da seine Krankenpflegerin was sie glaubte ob ich ihn mit mir bekommen könnte antwortete sie kommen Sie wieder um 6 Uhr dann wollen wir sehen, als ich um 6 Uhr wieder kam

wurde ich nicht hereingelassen, kam dann wieder am nächsten Tag wurde wieder nicht hereingelassen, da ich nicht hereingelassen wurde um meinen Bruder zu sehen mußte ich einen anderen Ausweg einschlagen bekam zwei Bekannte mit und ging zu Oberarzt I. und konnte mit ihm privat sprechen, fragte da was er glaubte ob ich meinen Bruder mit mir bekommen könnte, antwortete da kommen Sie morgen wieder, dann wollen wir sehen, aber Sie müssen bestimmt 2 Männer mit sich haben, Sie können nicht mit ihm alleine reisen, ich ging da gleich und mietete 2 Männer und Motorboot mußte ich mieten denn der Dampfer ging erst Mittwoch den 13. Dezember 1922 als wir Montag Morgen kamen um meinen Bruder zu holen bekamen wir ihn mit uns mit vielen Mühen, er war eingesperrt im Gefängnis 30 Tage lang unschuldig, er hat nichts schlechtes getan, als er im Gefängnis so krank geworden war, wurde er im Auto vom Gefängnis zum Krankenhaus gefahren soweit ich aus ihm klug werde ist er die ganze Zeit verwirrt gewesen, was ich ihn auch frage kann er nichts erklären von da an als er von der Polizei arrestiert wurde was können sie mit ihm gemacht haben? da er da so ganz weg war, ich glaube nicht daß er wird wie er früher gewesen ist, kann mein Bruder nicht Schadenersatz dafür bekommen und für die Ausgaben, um ihn wieder zurückzubekommen.

Ich möchte das geehrte Ministerium bitten so freundlich zu sein und bei der R. Gerichtsschreiberei St. zu untersuchen ob Papiere mit Paul Ö.s Namen gekommen sind, da ich fürchte daß sie es benutzt haben und ihn dazu gebracht haben etwas zu schreiben während er nicht bei sich selbst war,

und ebenso falls Papiere zum Ministerium gekommen sind mit seinem Namen darunter oder etwas anderes so ist es ohne seinen Willen,

will ich das Ministerium bitten das ungültig zu machen, daß nichts ins Grundbuch kommt da ich als seine Schwester meine ich unterrichte das Ministerium hiervon

hoffe das geehrte Ministerium wird
dies möglichst bald untersuchen.
Ergebenst Selma Ö., St."

Ingas Advokat schrieb ihr, daß er es für hoffnungslos halte wegen des K.-Hagens zu appellieren. Sein Schreiben wurde ihm kurz darauf von Ida zurückgeschickt. Der Advokat schreibt übrigens an den Staatsanwalt, er habe den bestimmten Eindruck gewonnen, daß Ida und Selma in vollständig gutem Glauben handelten, und er glaube nicht, daß er Ida begreiflich machen könnte, daß ein Urteil respektiert werden müsse. Die Schwestern seien im Frühjahr 1922 in Kristiania gewesen, um beim König Hilfe zu suchen gegen Übergriffe der Behörden, wobei der Advokat einigemal mit ihnen konferiert habe. Er habe es für unzweifelhaft gehalten, daß sie unnötig hart behandelt worden seien, unter anderem auch von öffentlichen Behörden, und daß u. a. der Steuereintreiber ungesetzlich aufgetreten sei. Bei den Geschwistern habe sich daher die unverrückbare Überzeugung festgesetzt, daß ihnen von allen Seiten unrecht geschehe. Ihr Auftreten sei nach ihrer Überzeugung ein Kampf für ihr Recht.

Aus diesem letzten Gutachten sei dann weiter angeführt, daß also jetzt, 1926, Ida anfängt, wie früher ihre Geschwister, vom Nachbargrundstück Holz, Torf, Gras zu holen, Vieh weiden zu lassen usw. Dabei geht

sie nicht nur auf den K-Hagen, sondern auch auf mehrere andere Grenzgrundstücke, hauptsächlich L-Bakken und B-Lien. Es wird festgestellt, daß alle diese Grundstücke vor Generationen einmal zusammengehörten, daß die letzten Generationen, Großeltern, Eltern und bis 1920 auch diese Generation, stets die überkommenen Grenzen respektierten, selbst wo keine Grenzsteine standen. Ida beschuldigte bei einem der Zusammenstöße die Nachbarn, daß sie die Grenzsteine versetzt hätten, drohte mit der Axt, sagte, die Nachbarn stehlen von ihrem, Idas, Grund und Boden, nicht umgekehrt. Die Zustände werden jetzt so schlimm, daß die Nachbarfrauen Angst haben, allein zu Hause zu sein. Die Nachbarn meinen, es sei mit ihr viel schlimmer, als mit Selma. Fast täglich geschehen Übergriffe. Einmal hatte Ida, zusammen mit Selma, 2 fremde Herren mit sich, die von ihr aufgefordert wurden, die Nachbarn zu photographieren. Dies geschah jedoch nicht. Darauf ging Ida über die Wiese auf die Nachbarn zu, und als der eine sich ihr in den Weg stellte und sie am Arm anfaßte, gab sie ihm einen kräftigen Schlag ins Gesicht. Dann ging sie wieder zu den beiden Fremden und sagte: „Ihr habt gehört, daß wir die gewarnt haben, daß sie sich hier weghalten sollen und die Grenzsteine zurücksetzen.“ Als sie dann beim Versuch, Torf zu stechen, gehindert wurde, wurde sie ganz rasend.

Ida soll einen guten Kopf gehabt haben, war eine geschickte Konservenfabrikarbeiterin vor ca. 11—13 Jahren. Über die Schulzeit war nichts festzustellen.

Zunächst wurde Ida zweimal im Gefängnis besucht: sie lag beidemal zu Bett, das Gesicht zur Wand, halb von der Decke verdeckt, gab keine einzige Antwort. Lag mit geschlossenen Augen, schien ab und zu unbemerkt einen Blick auf die Anwesenden werfen zu wollen. Sie hat überhaupt im Gefängnis seit ihrer Einlieferung keinen Ton gesagt. Als ihr Bett am ersten Tage zusammengelegt wurde, legte sie sich auf den Boden. Behielt stets, auch nachts, ihre Kleider an. Am ersten Tag aß sie nichts, später aß sie ganz gut. Sie half in nichts mit, schien sich zu freuen, daß die anderen ihr in allem Möglichen aufwarten mußten.

Sie wurde am 1. 9. 1926 nach Dale Asyl zur Beobachtung verlegt, mußte ins Auto getragen werden, und ebenso ins Asyl. Die letzten 3 Tage hatte sie nichts gegessen. Die körperliche Untersuchung ergibt nichts Besonderes. Sie folgt den Aufforderungen, sich zu waschen, aufs Klosett zu gehen u. ä. stumm. Bei der Aufnahme saß sie natürlich, ungezwungen, mit wachem, aber abgewandtem Blick und unbeweglichem, vielleicht trotzigem Gesichtsausdruck. Und so war sie fast die ganze Beobachtungszeit hindurch. Nur einmal soll sie Zeichen unterdrückter Munterkeit gezeigt haben, als nämlich die Schwestern versuchten, mit ihr „Fingersprache“ zu reden. Arbeitete nicht. Nach 3 Wochen begann sie, zuerst heimlich unter der Bettdecke, später ganz offen, Zeitungen zu lesen. Zeitweise war sie damit sehr eifrig, zeitweise deutlich weniger interessiert.

In den ersten 10 Tagen so gut wie nichts gegessen. Am 10. 9. wurde ihr mit Zwangsernährung gedroht, worauf sie anfing, etwas zu trinken und an den nächsten Tagen zu essen. Sie wirkte da willenlos, apathisch. Da sie am 16./9. recht schlaff zu sein schien, wurde doch zur Sondenernährung geschritten, hierbei ergab es sich, daß sie noch recht gute Kräfte

hatte, sie leistete kräftigsten Widerstand und heulte ununterbrochen laut. Der Gesichtsausdruck deutete auf Angst und Zorn. Sie versuchte hinterher sich zu erbrechen. Hierauf begann sie reichlich und regelmäßig zu essen und erholte sich in kurzer Zeit. Bis zum 21./9. war sie zu Bette gewesen, nun wurde sie ohne Widerstand angekleidet. Später kleidete sie sich selber an und aus, aber stets nur auf Aufforderung. Meist lag sie tagsüber auf einem Sofa, oft die Golfjacke übers Gesicht gezogen. Auch zum Essen mußte sie stets aufgefordert werden, begann meist erst zu essen, wenn die Schwestern gegangen waren. Ab und zu ließ sie das Essen ganz unberührt.

Eigentümlich war ihre Art, zu gehen: nur wenige langsame Schritte, dann blieb sie stehen, bis sie angefaßt wurde oder einen leichten Puff bekam. Ließ man sie wieder los, so konnte sie wieder stehen bleiben. Dies galt den Weg die Treppe hinunter in den Garten und zurück, dagegen bewegte sie sich im Zimmer, zur Toilette und zum Klosett stets schnell und ganz lebhaft. Offenbar ohne Zusammenhang mit der Geheigentümlichkeit war eine vorübergehende Schwellung am linken Fuß und Knie mit leichter Temperatursteigerung, weswegen sie 9 Tage zu Bett lag.

Sie widersetzte sich in der Regel anfangs jeder Untersuchung, auch Messen, Wiegen: zieht die Decke über den Kopf, versucht mit aller Macht, sich loszuwinden, um sich vom Untersucher zu befreien. Bei Wiederholungen, z. B. Temperaturmessen, verschwindet der Widerstand später zum Teil ganz.

Sie wurde einmal mit ihrem Bruder Paul, der ja auch in der Anstalt war, zusammengebracht; sie mußte in das Besuchszimmer getragen werden. Paul mußte in die Frauenabteilung gefahren werden. Jeder wurde auf einen Stuhl gesetzt und allein gelassen. In dem Augenblick, als die Tür geschlossen wurde, warf Ida einen schnellen Blick zur Tür. Dann saßen beide stumm da, ohne sich zu rühren, bis sie nach 10 Minuten wieder auf ihre Abteilungen gebracht wurden. Einen Brief von Heinrich aus Amerika nahm sie, las die Vor- und Rückseite des Umschlags, öffnete ihn aber nicht. Der Besuch eines Bekannten verlief, ohne daß sie ein Wort sagte, sie grüßte ihn nicht, sah kaum zu ihm hin.

Als sie einmal darauf aufmerksam gemacht wurde, daß sie riskiere, für geisteskrank erklärt zu werden, wenn sie sich nicht anders benähme, ging sie eine Zeit nach dem Gespräch spontan zu Bett — nachmittags.

Sonst nichts, keine Anzeichen von Halluzinationen, und die ganze Zeit hindurch schlief sie ruhig ohne Schlafmittel.

Die beiden Gutachter kommen zu dem Schluß, daß Ida in gutem Glauben gehandelt habe, daß kein genügender Grund vorliege, der ihr zu ihrer fehlerhaften Ansicht über die Eigentumsverhältnisse Gelegenheit hätte geben können. Ihr Mutismus sei gewollt gewesen, ebenso die Nahrungsverweigerung ein gewollter Hungerstreik als Glied ihres passiven Widerstandes. Giftvorstellungen können weder bewiesen noch widerlegt werden. Ihre Eigentümlichkeit, daß sie oft zu allem „angestoßen" werden mußte, zum Essen, Gehen, kann ebenfalls passiver Widerstand sein, kann auch Ausschlag von fehlenden oder gehemmten oder gesperrten Impulsen sein. Der Widerstand bei körperlicher Untersuchung kann auf Angst vor Mißhandlung beruhen.

Sie zeigt also unkorrigierbare Wahnideen, ist asozial geworden, faßt das Benehmen der Nachbarn und Behörden als grundlose Verfolgung auf, ist im Kampf um ihr Recht gegen die Nachbarn aggressiv, gegen die Behörden passiv. Schwache Andeutung, daß sie ihre Verfolger selbst verfolgen will (Brief an das Justizministerium).

Ihre Stummheit, aufgefaßt als Vorsichtsmaßregel eines mißtrauischen Menschen wegen Insuffizienzgefühls, oder als Trotz, ist zu einem gewissen Grade verständlich. Weniger verständlich ist, daß sie auch ihrem Bruder, Bekannten und dem Brief aus Amerika gegenüber abweisend ist.

Handelt es sich um Mißtrauen, so ist es in abnormem Grade vorhanden, sie muß paranoid eingestellt sein. Ist es Trotz, so muß man ihr Benehmen eher als Negativismus bezeichnen. Die fehlende Spontaneität wird als Glied ihrer Passivität aufgefaßt, wenn auch ein Depressions- oder Stuporzustand nicht undenkbar ist.

Die Gutachter kommen nach all dem zu dem Schluß, Ida als geisteskrank erklären zu müssen, ohne sich auf eine nähere Bezeichnung der Diagnose einzulassen. Ein Prozeß mit beginnender Verblödung und Wahnvorstellungen kann nicht ausgeschlossen werden, näher läge es aber, Ida anzusehen als Psychopath mit reaktiver Psychose, die an die echte Paranoia grenzen könne, womit auch dieser Fall viel Ähnlichkeit zeige. Wahrscheinlich seien die anderen Geschwister von ihr mit den Wahnideen induziert worden.

Soweit die Gutachten.

Ich komme also zu folgendem Schluß:

Eine Familie, 2 Brüder, 2 Schwestern und die greise Mutter, fühlen sich benachteiligt. (Ein Verwandter von ihnen setzt sich — ohne jede Kenntnis der Gerichtsakten — ebenfalls für die Ansprüche der Familie ein). Der verstorbene Vater hatte sich vielleicht das Nutzungsrecht an einem anscheinend von ihm verkauften Stückchen schlechten Landes vorbehalten — sein Vater soll es erst von den Nachbarn gekauft gehabt haben, — Papiere über diese Eigentumsansprüche hat die Familie nicht vorlegen können. Jedenfalls hat die Familie schon bei der Steuerngeschichte von dem Verkehr mit den Behörden genug bekommen. 1920 beginnen ohne erkennbare Ursache dauernde hartnäckige Übergriffe auf das Gebiet der Nachbarn. Es kommt zum Zivilprozeß, und die Familie erscheint nicht zum Termin, das Land wird den Nachbarn zugesprochen. Dies macht auf unsere Familie nicht den geringsten Eindruck. Sie holen sich, was sie brauchen, vom Nachbargrundstück, versuchen es auch zu bestellen, und es folgen eine Reihe von Gerichtsverhandlungen und Gefängnisstrafen. Schon von klein auf sind die Kinder äußerst eigensinnig, haben geschrieen und sich auf den Boden geworfen, wenn es nicht nach ihrem Kopf ging. Und diese Einstellung haben sie fürs ganze Leben behalten. Das Gericht ist eine Institution, die sie nicht respek-

tieren. Gerichtlichen Vorladungen gegenüber stellen sie sich einfach dumm. Sie scheuen nicht vor Handgreiflichkeiten zurück, in der Hauptsache aber beschränken sich ihre Vergehen auf Wegnahme von Heu und Holz in geringen Mengen, für wenige Kronen. Ein Mangel der Fähigkeit, das Wesen der Staatsordnung zu fassen, läßt sie sich benehmen wie in Wildwest, oder wie in den Zeiten des Faustrechtes. Völlige Unbelehrbarkeit, äußerste Starrsinnigkeit, vielleicht durch das Wohnen im abgeschiedenen Gebirgstal gezüchtet seit Generationen; vielleicht zugleich mindere Begabung. Dabei außerordentliche Willensäußerungen: Vollkommene Stummheit Monate hindurch. Bei keinem der Geschwister Zeichen, die für Paranoia sprechen. Nur bei der zuletzt untersuchten Ida kann man einen gewissen Ausbau der paranoiden Wahnideen annehmen: nachdem die Übergriffe der Familie bisher hauptsächlich dem K-Hagen galten, beginnt sie nun die verschiedensten Landstücke ihrer Nachbarn zu annektieren. Sie scheint auch hauptsächlich mit dem Advokaten verhandelt zu haben usw. Sie scheint die begabteste. Auffällig, wie auch sie in ihrem Benehmen im Gefängnis und in der Anstalt ihren Geschwistern gleicht — die Art des passiven Widerstandes hat etwas Typisiertes bei allen 4 Geschwistern. Auch bei Ida wagen die Gutachter nicht, die Diagnose Paranoia zu stellen, wenn sie sie auch in den Bereich der Möglichkeiten ziehen. Ein Bruder, offenbar minderbegabt, macht eine Gefängnispsychose durch mit anschließend sich entwickelnder Demenz.

Hier spielt sich in einem abgeschiedenen Tal Norwegens ein Drama ab (denn es gibt wohl nur die dramatische Lösung, daß der Staat stärker ist, daß die Leute entweder zermürbt den Kampf aufgeben und dabei innerlich zerbrechen, oder daß sie von ihrer Scholle entfernt werden und dabei sicher zugrunde gehen), das seinesgleichen in der Vergangenheit suchen muß. Beispiele dafür, daß ein einzelner Mensch derart zum Kampf gegen den Staat und Nachbarn getrieben wird, ohne krankhafte Ursache, ohne Suggestion durch eine Massenbewegung, ohne politische Triebfeder, gibt es ja; das Schicksal des Verbrechers aus verlorener Ehre oder des Michael Kohlhaas zeigt, wie allgemein-menschliche Eigenschaften ohne Krankheit durch einseitige Steigerung und unselige Zufälle sich zu den Dramen steigern können, die Schiller und Kleist geschildert haben. Aber daß eine ganze Familie, Mutter, zwei Brüder und zwei Schwestern, in einen derartigen Konflikt kommen, und daß die Starrsinnigsten offenbar die beiden Schwestern sind, das dürfte recht selten sein,

selbst wenn wir annehmen, daß die eigentlich paranoide Kranke die zuletzt untersuchte Ida ist — sie schien bei der Steuer- und Pfändungsangelegenheit die Hauptperson zu sein — und daß sie sowohl mit den Ideen über die Besitzverhältnisse, als auch mit der Taktik gegenüber den Behörden die anderen beeinflußt hat. Das einsame Leben auf dem entlegenen Hofe mag die Induktion besonders begünstigt haben, und es fällt auf, daß die gefügigsten Geschwister, Selma und Paul, einen weniger begabten Eindruck machen, als Heinrich, der nach Amerika geht, und als namentlich Ida. Wie schwer in solchen Fällen die Aufgabe der Gutachter ist, sieht man besonders deutlich, wenn man bemerkt, daß eigentlich bei den nicht geisteskrank erklärten Geschwistern und bei den geisteskrank erklärten dieselben Symptome geboten wurden — nur bei Paul war die Aufgabe erleichtert durch die im Gefängnis aufgetretene Verwirrung. Aber auch Paul machte genug Kopfzerbrechen, da wir uns monatelang die Frage vorlegen mußten, ob nicht diese leichte Psychose bei ihm längst abgelaufen und geheilt sei, so daß er als gesund zu betrachten sei.

So ist unsere Familie ein gutes Beispiel für die Worte *Dedichens*[1]): daß in vielen der engen und abgeschlossenen Täler des Landes ein so einförmiges und einsames Leben geführt wird, daß es einen nicht wundern kann, wenn sich seelische Schiefheiten entwickeln.

---

[1]) *Dedichen*, Kulturhistorisches aus Norwegen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 84. Band, 1926, Festschrift *Kraepelin*.

Über die regionäre (areale) und laminäre Prozeßlokalisation bei den Geisteskrankheiten[1]).

Von

A. Jakob, Hamburg.

Jede Krankheit prägt sich letzten Endes in einem Kampfe zwischen Schädlichkeit und Organ aus, so daß immer wieder die Frage zu diskutieren ist, inwieweit die speziellen strukturellen und histochemischen Baueigentümlichkeiten des betroffenen Organes für die Lokalisation der einzelnen Krankheitsprozesse von Bedeutung sind. Gerade im Hinblick auf die so außerordentlich weit getriebene architektonische Feldergliederung des Großhirnkortex steht dabei die Frage nach einer arealen Lokalisation der Krankheitsprozesse im Vordergrunde.

Wenn wir von der amyotrophischen Lateralsklerose absehen, deren cortikale Lokalisation sich recht eng an die Grenzen der erweiterten motorischen Region (regio präcentralis mit der A. präcentralis und frontalis agranularis) hält, so kennen wir keine weiteren Gehirnkrankheiten mit eindeutiger arealer Prozeßbeschränkung. Wie es bereits frühere und in Übereinstimmung mit ihnen die neueren auf die architektonische Feldergliederung des Cortex aufgebauten Untersuchungen dargetan haben, zeigen alle Prozesse, welche den „organischen" Geisteskrankheiten zugrunde liegen, eine außerordentlich weit verbreitete Großhirnlokalisation, die regelmäßig in gewissen Regionen — und zwar verschieden bei den verschiedenen Prozessen — eine besondere Betonung findet.

Diese regionäre Prozeßlokalisation hält nun bei den einzelnen Krankheiten fast gesetzmäßig gewisse Regeln ein, über deren Ursache schon viel diskutiert wurde.

---

[1]) Vortrag gehalten auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins f. Psychiatrie in Düsseldorf.



Abgesehen von den gewöhnlichen Meningoencephalitiden (Tuberkulose, Lues, Kokken-Infektion), bei denen der Sitz und die Ausbreitung des Krankheitsvorganges über den Oberflächen des Gehirns die Miterkrankung der Gehirnmasse in ihrer Lokalisation deutlich bestimmt und abgesehen von den gefäßbedingten Krankheitsprozessen (Arteriosklerose, Embolie und Thrombose, Gefäßsyphilis), wobei die befallenen Großhirngebiete bestimmten Gefäßversorgungsbezirken entsprechen, treffen wir bei den anderen Gehirnkrankheiten eigenartige regionäre Prozeßlokalisationen, welche keine greifbare Abhängigkeit von der Gefäßversorgung anzeigen.

Dies gilt vor allem, wie schon vielfach hervorgehoben, von der regionären Ausbreitung des der gewöhnlichen Paralyse zugrunde liegenden Krankheitsvorganges. Wie es *Alzheimer* bereits festgestellt und neuere Untersuchungen aus dem Marburgschen Institut und solche in meinem Laboratorium bestätigt haben, richtet sich der paralytische Prozeß keineswegs nach der arealen Kortexgliederung, ebensowenig nach phylogenetischen Prinzipien oder solchen der Markreifung. Daher läßt sich nicht von einer systematischen Ausbreitung des paralytischen Krankheitsprozesses sprechen.

In seiner vornehmlichen Lokalisation in der vorderen Frontalgegend, im Ammonshorn, in T_2 und T_3 und im Temporalpol, in der vorderen Hälfte des G. fornicatus, in der Insel, in Abschnitten des Parietalhirns zeigt er eine auffällige Wesensverwandtschaft mit jener Prozeßausbreitung, wie sie uns die senile Demenz gemeinhin bietet. Auf diese Tatsache ist schon vielfach hingewiesen worden und *Alzheimer* und *Simchowicz* vermuten dabei mit Recht, daß die Ursachen, welche eine solche Auswahl bedingen, nicht allein im Krankheitsprozeß, sondern auch in der Rinde selbst gelegen sein müßten. Eine ähnliche Ausbreitung der Veränderungen bietet auch, namentlich was die vorherrschende Affektion des Stirn- und Temporalhirns angeht, die Dementia praecox und der schwere chronische Alkoholismus, wobei freilich die relative Zartheit des geweblichen Ausfalles die genauere Festlegung der regionären Ausbreitung sehr erschwert. Wenn wir nun die Prozeßlokalisation bei den erstgenannten in ihrem Wesen so verschiedenen Krankheitsprozessen vergleichen, so zeichnen sich die im Prinzip verschonten oder weniger befallenen Gebiete durch eine strukturelle Baueigentümlichkeit aus, die sie als grob-markfaserreichste Rindengebiete charakterisiert. Dies gilt für die A. präcentralis und frontalis agranularis mit dem hinteren

Drittel von F_3, ebenso wie für die Centralis posterior, die gesamte Okzipitalregion und die obere Temporalregion (T_1 namentlich in ihrem inneren Drittel und in den Querwindungen). Es ist mir in meinem Material schon bei der makroskopischen Betrachtung von paralytischen und senilatrophischen Gehirnen immer wieder aufgefallen, daß gerade die erweiterte Brocasche Zone wie T_1 mit den Heschlschen Querwindungen in intakterem Zustande aus der allgemeinen Atrophie sich abheben; auch die Übersichtspräparate im Markscheidenbilde bestätigen dies.

Ich möchte so die Vermutung aussprechen, daß neben anderen auch die Markfasernorganisation, namentlich der spezielle Markfaserreichtum der Rindengegenden ein Moment darstellt, das der speziellen Ausbreitung von Krankheitsprozessen Richtung gibt. Wir können so bei den markärmeren Gebieten von einer generellen Pathoklise im Sinne *C.* und *O. Vogts* sprechen, und diese generelle Pathoklise scheint mir für die regionäre Ausbreitung des paralytischen und senilen Krankheitsprozesses von einer gewissen Bedeutung zu sein.

Daneben spielen zweifellos noch andere pathogenetische Momente bei den einzelnen Krankheiten eine große Rolle. Bei der Paralyse ist die Spirochätenlagerung von ausschlaggebendem Einflusse, die ja mit der Prozeßlokalisation in großen Zügen parallel geht. Ohne hier auf pathogenetische Fragen näher eingehen zu können, muß ich gegen die von *H. Spatz* jüngst vertretene Auffassung Stellung nehmen, wonach die eigenartige Lokalisation des paralytischen Rindenprozesses auf eine hämatogene Aussaat des Virus hindeutet. Dagegen spricht vor allem, daß die Paralyse keine Spirochäten-Septikämie darstellt — das Blut des Paralytikers wie ja überhaupt die Paralyse ist so gut wie nicht infektiös –, daß die Spirochäten in Massen bei der Paralyse im Hirngewebe, seltener in den Gefäßlymphscheiden, nur ausnahmsweise in den Gefäßwänden und noch nie eindeutig im Lumen der Gefäße gefunden wurden. Die *Spatz*sche Auffassung steht auch im Widerspruch zu der Tatsache, daß die Spirochäten im Paralysestadium – wenigstens nach unseren heutigen Kenntnissen – den übrigen Körper, von der Aorta abgesehen, so gut wie ganz verschonen und nur gewisse Teile des Zentralnervensystems befallen, Kerngebiete von ähnlicher Lagerung regelmäßig verschonen (Pallidum gegenüber Putamen) und im Markweiß nur seltener anzutreffen sind.

Vielmehr bin ich mit *Steiner* u. a. der Ansicht, daß die Spirochäten

bei der Paralyse schon längere Zeit im Hirngewebe liegen, wobei für ihre primäre Lagerung die Nähe der Meningen und der Ventrikel von besonderer Bedeutung zu sein scheint. Die weitere Tatsache, daß die Spirochätenwucherung wie der histologische Prozeß der Paralyse das Markweiß im allgemeinen verschont, ebenso das Pallidum, während er das gesamte Striatum, große Teile des Thalamus und Hypothalamus regelmäßig befällt, die weitere oben erwähnte Feststellung, daß die Paralyse sich vornehmlich in den markärmeren Gebieten am hochgradigsten auswirkt, läßt sich vielleicht in dem Sinne deuten, daß die markärmeren Gehirngebiete, bereits durch eine generelle Pathoklise ausgezeichnet, den Spirochäten gegenüber noch eine spezifische Pathoklise bieten. Vielleicht stellen sie für die Fortpflanzung der Spirochäten ein geeigneteres Medium dar. — Bei der senilen Demenz spielen wohl auch Gefäßmomente einge gewisse Rolle.

Noch undurchsichtiger liegen die Verhältnisse bei der atypischen senilen Demenz und der *Alzheimer*schen Krankheit. Diese Formen bieten in den einzelnen Fällen recht wechselnde regionäre Hauptlokalisationen, so daß sich schwer eine absolute Regel aufstellen läßt. Im allgemeinen verschiebt sich dabei ähnlich wie bei der atypischen oder Herdparalyse der Prozeß mehr in die hintere Gehirngegend, wobei das Temporal- und Parietalhirn eine besondere Anfälligkeit bietet. Auffallend ist auch hier wieder die starke Mitbeteiligung der Ammonshornformation, sowie die relative Verschonung der oberen Temporalregion mit den Heschlschen Querwindungen. Dies zeigte sich besonders schön in 3 Fällen von Alzheimerscher Krankheit, die *Rothschild* in meinem Laboratorium histologisch und architektonisch gut durchforscht hat. Vor allem aber ist auch hier zu betonen, daß sich die deutlicher veränderten Gebiete keineswegs an areale Grenzen halten.

Besonderes Interesse beansprucht die Ausdehnung des Prozesses bei der Pickschen oder lobären Großhirnatrophie. *Altman* hat aus meinem Laboratorium 2 Fälle dieser Art beschrieben und *Gans* und *Onari-Spatz* haben in neuerer Zeit sehr bemerkenswerte Untersuchungen hierüber mitgeteilt. Bekanntlich gibt es dabei in der Hauptsache eine rein temporale, eine rein frontale und eine gemischt fronto-temporale Form. Auch hierbei zeigt sich keine strenge areale Lokalisation und m. E. auch keine Möglichkeit, von einer bestimmten systematischen Auswahl zu sprechen. Ähnlich wie bei der senilen Demenz ist auch hier der Temporallappen nicht in ganzer

Ausdehnung gleichmäßig befallen, sondern weitaus am meisten T_2 und T_3 und G. fusiformis (in Übereinstimmung mit *Onari* und *Spatz*), in meinen Fällen auch das gesamte Präsubiculum, also ein ausgesprochen allokortikales Gebiet. Die Degeneration erstreckt sich auch noch in das Subiculum hinein und macht in beiden Fällen erst bei der Ammonsformation Halt, im Gegensatz zur senilen Demenz, wobei sie ja ein Prädilektionsgebiet darstellt. Weitaus am wenigsten befallen ist T_1 mit den Heschlschen Querwindungen. Im Stirnhirn beschränkt sich die hochgradigste Atrophie ganz wesentlich auf die vordere Hälfte der drei Stirnhirnwindungen und auf die Orbitalfläche des Stirnhirns. Auch die Insel und der G. fornicatus ist noch teilweise atrophisch. Zu betonen ist noch, daß in meinen beiden Fällen auch das Striatum nicht unerhebliche degenerative Veränderungen aufwies. *Gans* hat auf Grund seines Falles von Stirnhirnatrophie die These aufgestellt, daß der atrophisierende Prozeß sein Zentrum in einem genetisch jungen Gebiete habe und meint, die Krankheit bevorzuge gerade die „menschlichsten“ Gebiete; aber auch diese Auffassung, der *Onari* und *Spatz* in gewissem Sinne beipflichten, scheint mir nicht haltbar. Gerade die spezifischsten kortikalen Neuerwerbungen des menschlichen Großhirns wie die erweiterte Brocasche Zone, T_1 mit der Wernickeschen Zone und den Heschlschen Querwindungen (*Brodmann* gegen *Kappers*), Gyrus angularis und supramarginalis sind von dem Prozesse im Prinzip verschont, während ganz „alte“ Gebiete wie die Insel und der G. fornicatus und selbst allokortikale Gebiete in den Prozeß einbezogen werden.

In den letzten Jahren haben wir einige interessante Fälle rein degenerativer fortschreitender Großhirnerkrankung kennengelernt von unklarer Ätiologie, die ich unter der vorläufigen Bezeichnung „spastische Pseudosklerose“ zusammengefaßt habe. Hier zeigt sich eine von allen anderen Krankheiten stark abweichende Rindenlokalisation. Neben dem Striatum und gewissen Kerngruppen des Thalamus ist hier ganz besonders die motorische Rinde (A. präcentralis und A. frontalis agranularis) der Sitz der schwersten Parenchymstörungen, dann erst folgen das Frontal- und Temporalhirn und schließlich die übrigen Rindengebiete in wechselnder Schwere der Affektion. Die noch weiter unten zu berührende Feststellung, daß sich in diesen Fällen ganz prinzipiell die beiden untersten Rindenschichten wesentlich lebhafter prozessual beteiligen, ließ mich die Vermutung aussprechen, daß bei diesen Krankheiten den Kern-

punkt der Atrophie jene Systeme bilden, welche ganz vornehmlich motorisch-effektorischer Natur sind.

Bezüglich der laminären Lokalisation der verschiedenen Gehirnprozesse ist zunächst zu betonen, daß alle Erkrankungen eine recht diffuse Affektion des Rindenquerschnittes bieten; dabei kann es als feststehende Tatsache gelten, daß bei den gewöhnlichen organischen Psychosen die obere Rindentiefe, also die drei obersten Rindenschichten unter Bevorzugung von Lam. III ganz regelmäßig am hochgradigsten befallen sind. Wenn sich dabei ausgesprochene laminäre Degenerationen, z. B. in Lam. III, entwickeln, beginnen sie für gewöhnlich im Windungstal; auch sie greifen auf die nachbarlichen Laminae über und zeigen so keine systematische Beschränkung. Das gleiche sehen wir auch bei der häufig über weite Rindengebiete sich erstreckenden Lam. III-degeneration bei der Porenzephalie (zerebrale Kinderlähmung). All die erwähnten Punkte gelten ebenso für die Paralyse, wie für die senile Demenz, für die Alzheimersche Krankheit, die Picksche Atrophie wie z. B. auch für die Dementia praecox und den chronischen Alkoholismus in den verschiedenen Formen. Dieser Degeneration, die gleichfalls die arealen Grenzen nicht berücksichtigt, aber den oberen Rindenquerschnitt bevorzugt, entsprechen im allgemeinen die bei den verschiedenen Psychosen festzustellenden kortikalen Ausfallserscheinungen, die gewöhnliche Demenz mit hochgradiger Verwischung der Persönlichkeit. Besondere Prozeßbetonungen in den einzelnen Areae und Regionen bedingen besondere Ausfälle auf sensomotorischem Gebiete, wobei wir jedoch heute noch nicht in der Lage sind, Allgemeinsymptome wie das Korsakowsche Phänomen oder selbst die Halluzinationen eindeutig lokalisatorisch festzulegen.

Die Fälle von schwerer seniler Demenz mit ausgesprochener extrapyramidaler Muskelstarre scheinen – mehr läßt sich heute noch nicht sagen – eine stärkere Mitaffektion der unteren Rindenschichten zu bieten bei gleichzeitigen schweren Veränderungen in den subkortikalen grauen Gebieten unter Bevorzugung des Striatum. Ich kenne des weiteren vier Fälle von länger dauernden Paralysen mit einem kataton-paranoid-halluzinatorischem Zustandsbilde, bei denen wenigstens stellenweise – besonders im Temporalhirn — die untersten Rindenschichten weitaus am meisten ausgefallen sind. Ich kenne aber auch klinisch ähnlich gelagerte Fälle ohne derartige charakteristische Degenerationslokalisationen. Weitere Untersuchungen werden darauf zu achten

haben, ob sich hier irgendwie eine Regel ergibt, dies um so mehr als schon *Alzheimer* in zwei Fällen von paranoid-halluzinatorischen Paralysen die stärkere Affektion der beiden untersten Rindenschichten hervorgehoben hat.

Nur ganz wenige Krankheitsprozesse bieten im Kortex eine vorwiegende Degeneration der beiden untersten Rindenschichten (Lam. V und VI). Hierher gehören vor allem die oben erwähnten Fälle von spastischer Pseudosklerose, wo sich eine solche Entartung am deutlichsten zeigt. Auch bei Fällen von chronischer Encephalitis epidemica mit psychischen Störungen scheint uns eine gewisse Bevorzugung der untersten Rindenschichten bei den freilich äußerst geringgradigen allgemeinen Kortexveränderungen gegeben. Bei diesen Kranken handelt es sich auch um eine eigenartige Demenz (*Meggendorfer*, *Stertz*), welche den geistigen Besitzstand und das Wesen der Persönlichkeit weniger angreift als die psychische Elastizität und Äußerungsmöglichkeit.

Wenngleich bei den gewöhnlichen Fällen der progressiven Chorea, die wir zur anatomischen Untersuchung bekommen, der gesamte Rindenquerschnitt sich stark verändert erweist, so zeigen sich auch hier die untersten Rindenschichten ganz regelmäßig in starker Weise miterkrankt, ja ihre Affektion kann, wie ich in einem Frühfalle und in bezug auf die psychischen Störungen Abortivfalle von Huntingtonscher Chorea feststellen konnte, in reiner Weise isoliert ausgesprochen sein.

Auf Grund solcher Tatsachen gab ich der Meinung Ausdruck, daß vorwiegend in den extrapyramidalen Zentren lokalisierte Krankheitsprozesse, wenn sie auf die Rinde übergreifen, sich mit Vorliebe die untersten Rindenschichten als ersten Angriffspunkt wählen; gleichzeitig sehen wir dabei für gewöhnlich eine frühzeitige und stärkere Miterkrankung der motorischen Rindenregion. Ich sehe hierin den Ausdruck einer Systemverwandtschaft, nicht in faseranatomischem, aber in funktionellem Sinne, insofern als hier graue Gebiete mit vorwiegend effektorischer Leistung eine spezielle Anfälligkeit bieten.

Die im Schrifttum niedergelegten Vorschläge zur Unterbringung der straffälligen Psychopathen, soweit sie nach dem neuen Strafrecht in Verwahrung genommen werden sollen.

Von

Dr. E. Altstaedt-Lübeck.

Kräpelin ist 1880 als einer der ersten dafür eingetreten, daß es nicht Absicht des Gesetzes sein darf, geisteskranken Verbrechern, denen eine Schuld für ihre Tat abgesprochen werden muß, und Gewohnheitsverbrechern eine ihrer Schuld entsprechende Sühne aufzuerlegen, vielmehr kann es sich bei solchen Verbrechern nur darum handeln, die Öffentlichkeit vor ihnen zu schützen solange, als sie eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit darstellen. (7). Er trat also dafür ein, daß das Strafmaß für derartige Individuen unbefristet sein müsse und die Sicherung als das hauptsächlich Wirksame in derartigen Fällen an die Stelle der Strafe zu treten habe. Im Jahre 1925 erst sind die Vorbereitungen soweit gediehen, daß der amtliche Entwurf eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuches nebst Begründung herausgegeben werden konnte. In diesem Entwurf ist den derzeitigen Anregungen *Kraepelins* weitgehend Rechnung getragen.

Wer kommt nach dem Entwurf für die Unterbringung in Anstalten, bzw. für Schutzaufsicht in Betracht:

Der neue Strafgesetzentwurf unterscheidet (§ 17) zwischen Zurechnungsunfähigkeit und verminderter Zurechnungsfähigkeit. In beiden Fällen hat neben Strafaufhebung bzw. Strafmilderung nach § 43 die Unterbringung in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt zu erfolgen, falls die öffentliche Sicherheit diese Schutzmaßregel erfordert. Es bleibt dabei nach der Begründung dieses § 43 offen, ob

---

[1]) Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik Rostock (Professor Dr. *Rosenfeld*).

nur öffentliche Heil- und Pflegeanstalten oder nicht auch andere öffentliche Einrichtungen wie Adnexe von Strafanstalten, Arbeitshäuser usw. in Betracht kommen. Genügt Schutzaufsicht, so ist diese anzuordnen.

Die Unterbringung in einer Anstalt bzw. Schutzaufsicht kommt gleichfalls in Betracht für Trunksüchtige, die wegen einer in der Trunkenheit begangenen Tat zu einer Strafe verurteilt sind, falls diese Maßregel erforderlich erscheint, um den Betreffenden an ein gesetzmäßiges und geordnetes Leben zu gewöhnen (§ 44).

Und schließlich rechnen im weiteren Sinne zu den straffälligen Psychopathen diejenigen Gewohnheitsverbrecher, die nach dem neuen Gesetzentwurf in Sicherheitsverwahrung genommen werden müssen (§ 45) für den Fall, daß der Betreffende schon zweimal mit erheblicher Strafe belegt wurde und eine neue Freiheitsstrafe verwirkt hat, und wenn aus der neuen Tat in Verbindung mit den früheren Taten hervorgeht, daß der Täter ein für die öffentliche Sicherheit gefährlicher Gewohnheitsverbrecher ist (§ 77).

Nach dem neuen Strafgesetzentwurf sollen demnach unter bestimmten Voraussetzungen in Obhut bzw. Verwahrung genommen werden:

1. die geisteskranken Verbrecher und die verbrecherischen Geisteskranken,
2. die vermindert Zurechnungsfähigen, d. h. die Psychopathen im engeren Sinne (darunter die Gewohnheitsverbrecher),
3. die Trunksüchtigen, und
4. sind im Anschluß daran die Jugendlichen zu rechnen, für die auch über das 18. Lebensjahr hinaus Erziehung bzw. Zwangserziehung in Betracht kommen kann.

Über die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher und verbrecherischen Geisteskranken gehen die Ansichten bereits auseinander. Zunächst ist bei der Püfung, wie diese am besten unterzubringen sind, der Umstand maßgebend, daß man diese beiden Gruppen vom ärztlichen Standpunkt aus von der Gruppe der gemeingefährlichen Geisteskranken nicht trennen kann, die zwar noch nicht mit den Gesetzen in Konflikt geraten sind, deren Zustand das jedoch ständig befürchten läßt. Diese letzteren aber gehören anerkanntermaßen zu den Insassen der Irrenanstalten. Wenn man schon diese in Irrenanstalten unterzubringen sich nicht sträubt, so ist nicht einzusehen, warum man nicht ebenso die geisteskranken Verbrecher dort aufnehmen soll. Deswegen wird auch im Schrifttum

der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher und verbrecherischen Geisteskranken in Irrenanstalten am ehesten das Wort geredet trotz der gewichtigen Bedenken, die dem entgegenstehen; denn diese Geisteskranken stellen natürlich keine angenehme Art von Insassen dar, aber wenn die Zahl nicht zu groß ist, nimmt man an, sollte der Aufnahme solcher Kranken in Irrenanstalten nichts im Wege stehen, zumal man ja auch nicht die Aufnahme derartiger Personen, die zur Beobachtung auf mehrere Wochen überwiesen werden, ablehnt.

Diese Ansicht vertritt nach *Bumke*[3]) und *Rixen*[11]) *Aschaffenburg*: erstens ist zu bedenken, daß die geisteskranken Verbrecher in gut geleiteter Anstalt in der Hand richtig ausgebildeten Personals, solange sie in einer Anstalt sind, häufig genug ihre Gemeingefährlichkeit verlieren und nun, dem Lebenskampf und der Verantwortlichkeit entzogen, sich leichter leiten lassen. Voraussetzung ist nur, daß nicht zuviele in einer Anstalt zusammengedrängt werden. *Aschaffenburg* und mit ihm *Rixen* glauben, daß es praktisch besser sei, die gesamten geisteskranken Verbrecher auf alle vorhandenen Irrenanstalten zu verteilen, die sie dann wie *Bleuler*[2]) sagt, „gut verdauen können", als wenn man einige wenige Irrenanstalten, wie es bereits geschehen ist, mit „festen Häusern" versieht. Es besteht alsdann die Gefahr, daß die übrigen Irrenanstalten und Irrenabteilungen der Strafgefängnisse nach Möglichkeit ihre geisteskranken Verbrecher in einige wenige Irrenanstalten mit festen Häusern abzuschieben versuchen, in denen sich dann ein überaus ungünstiges Menschenmaterial ansammelt. Werden aber schon solche Irrenanstalten mit festen Häusern geschaffen, wie es in den Industriemittelpunkten nicht zu umgehen ist, so sollen sie nicht weniger als 30, niemals aber mehr als 60 Insassen umfassen und einem psychiatrisch und kriminalistisch geschulten Arzt unterstehen. Die völlig sichere Verwahrung muß erster Grundsatz sein, in zweiter Linie erst kommt hierbei die Frage, wie man durch Arbeitsgelegenheit und reichlichen Aufenthalt im Freien auf die zu Bewahrenden einwirken kann. Die Frage der Verwahrung der geisteskranken Verbrecher ist also in bedeutendem Maße abhängig von ihrer Zahl in Beziehung zur Zahl der vorhandenen Irrenanstalten. *Rixen*[11]) geht S. 77 genauer auf diese Zahl ein und rechnet mit 20 auf eine Million in ländlicher, und 40 auf 1 Million in Industriebevölkerung. Nach einer Statistik der preußischen Strafanstalten aus dem Jahre 1912 betrug die Zahl der geisteskranken Verbrecher 200, dazu 300 verbrecherische Geisteskranke, die auf Grund des § 51 StGB. freigesprochen wurden. Die

Gesamtzahl der geisteskranken Verbrecher und kriminellen Irren beträgt demnach 500. 10% werden als gemeingefährlich erachtet. Es kommen also für ganz Preußen jährlich 50 zu der schon vorhandenen Zahl hinzu. Die Zahl der in Betracht kommenden ist also so gering, daß man der Summe sämtlicher Irrenanstalten ihre Aufnahme sehr wohl zumuten kann. Da die Betreffenden als Kranke behandelt werden, ist es leicht, sie je nach ihrem Verhalten strenger zu halten oder sie in leichtere Verwahrung zu nehmen. Dieser Austausch der Kranken innerhalb der Anstalt geschieht schnell, ohne Formalitäten und Kosten.

Die gleiche Auffassung teilt *Ernst Schultze* [13]), dessen umfassende Kritik zu dem Entwurf zum Deutschen Strafgesetzbuch von 1919 maßgebenden Einfluß auf die Gestaltung des jetzigen von 1925 ausgeübt hat. Er wirft hier bereits die Frage der Errichtung besonderer Anstalten auf, auf die wir im späteren Zusammenhange noch zurückkommen werden.

Den festen Häusern in Irrenanstalten gegenüber haben Adnexe an Strafanstalten für die Unterbringung geisteskranker Verbrecher ihrerseits Vorteile, die nicht zu bestreiten sind. *Kundt* und *Rüdin* [8]) haben sich hauptsächlich hierfür eingesetzt. Während es in den Irrenanstalten ohne Kosten und Zeitverlust leicht ist, gemeingefährliche Kranke aus strafferer Verwahrung in leichtere Aufsicht zu bringen, ist es in den Adnexen wiederum zum Vorteil, daß man ohne Formalitäten, Kosten und Zeitverlust einen Geisteskranken aus dem geregelten Strafvollzug in psychiatrische Behandlung und Beobachtung bringt. Dazu ist der Vorteil nicht unbedeutend, daß stets ein ausgebildeter Irrenarzt für die rechtzeitige Erkennung beginnender Geistesstörung zur Hand ist. Das ist wichtig für die Disziplin der Anstalt. Der Irrenarzt seinerseits kennt bereits die geisteskranken Gefangenen vor Entnahme aus dem geordneten Strafvollzug und kann sie nach Rückversetzung weiterbeobachten und auch psychisch beeinflussen. Die Einrichtung solcher Adnexe selbst sorgt für gesicherte Unterbringung derartiger Sträflinge. Sie trägt ferner zur Entlastung der öffentlichen Irrenanstalten bei, da von diesen in die Adnexe jederzeit Kranke überwiesen werden können.

Eine besondere Beachtung verdienen die Haftpsychosen. Da sich die Strafgefangenen zu einem sehr großen Teil aus Degenerativen, also den vermindert Zurechnungsfähigen (v. Z.) zusammensetzen, so wirkt die Haft auslösend für die Entstehung einer Psychose, die der Heilung zugängig ist, wenn Herausnahme aus dem Straf-

vollzug stattfindet. Nach Zurückgehen der Psychose bleibt nur die Disposition bestehen, und der Versuch der Rückversetzung in den geordneten Strafvollzug kann gemacht werden, bzw. kann eine Entlassung aus der Strafanstalt nach Ablauf der Zeit stattfinden. Solche Kranke sind allerdings keine Objekte der öffentlichen Irrenanstalten, denen die echten Geisteskrankheiten zufallen sollen; denn nach *Rixen* (S. 105 ff.) müssen wegen der prognostischen Verschiedenheit die „echten Psychosen" möglichst rasch aus dem geordneten Strafvollzug ausscheiden und in die öffentlichen Irrenanstalten gebracht werden, während die Psychopathen im engeren Sinne zweckmäßig in den Adnexen verbleiben. Voraussetzung ist natürlich, daß der Leiter solcher Adnexe ein Arzt und Psychiater ist.

Die bisherigen Überlegungen über die Unterbringung der gemeingefährlichen Irren in öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten oder in Adnexen der Strafanstalten beruhen auf den auch zahlenmäßigen Erfahrungen, die man auf Grund des geltenden Rechtes hat sammeln können, und man ist sich im allgemeinen darüber einig, daß so lange die bisherige Gepflogenheit bei der Verschiedenheit der vorhandenen Anstalten beibehalten werden kann, bis die Wirkung des neuen Entwurfs von 1925 in Erscheinung tritt; denn von der Inkraftsetzung des neuen Strafgesetzes an tritt der Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit auf und damit die Notwendigkeit einer mehr oder weniger langen Verwahrung auch dieser Individuen, d. h. also der straffälligen Psychopathen im engeren Sinne. Da die Zahl dieser vermindert Zurechnungsfähigen (= v. Z.) sicherlich sehr groß sein wird, wesentlich größer als die der geisteskranken Verbrecher, dazu ihr Aufenthalt in einer Strafanstalt verhältnismäßig gering bemessen wird, so wird die Notwendigkeit ihrer Unterbringung wahrscheinlich eine große Umwälzung in der Verteilung der straffälligen Psychopathen überhaupt mit sich bringen. *Rixen* (S. 120) nimmt an, daß die Zahl solcher v. Z. unter den Insassen einer Bewahrungsanstalt rund 60% beträgt und belegt dies mit Zahlen, die *Siefert* in Halle und *Birnbaum* in Buch festgestellt haben. Nach ihnen beträgt das Verhältnis der v. Z. zu den engeren Psychosen in den Bewahrungsanstalten 2 : 1. Man würde also damit zu rechnen haben, daß nach dem neuen Strafgesetzentwurf mindestens doppelt soviele v. Z. in Anstalten untergebracht werden müssen als zurzeit geisteskranke Verbrecher.

Es fallen unter diese v. Z. dann auch noch zu einem sehr großen Hundertsatz die unverbesserlichen Gewohnheitsverbrecher, und es

leuchtet ein, daß es nunmehr schwer fallen wird, dieses neu zufließende Material ohne Schwierigkeiten zu verteilen, wie es bisher mit den geisteskranken Verbrechern möglich gewesen ist. Der Entwurf selbst und seine Begründung drücken sich nicht genauer aus. Es heißt dort nur bei § 43, daß es Gegenstand der Prüfung sein wird, ob die vom Strafgericht überwiesenen besonders schwierigen Kranken in besonderen Anstalten zu vereinigen sind.

Bis auf wenige, die einen gegensätzlichen Standpunkt vertreten, sind sich die meisten Autoren einig darüber, daß diese v. Z., dazu noch in der zu erwartenden Zahl, nicht zur Aufnahme in eine Irrenanstalt geeignet sind, denen nur Kranke, aber keine Gesunden zufallen sollen. *Vocke*[14]) betont, daß die v. Z. nicht Kranke, sondern „Zurechnungsfähige mit verminderter Schuld" seien. Bei ihnen fehlen alle Voraussetzungen zur Verwahrung in einer Irrenanstalt, und bei den Irrenanstalten hinwiederum alle Voraussetzungen für die Erreichung des speziellen Verwahrungszwecks, der ohne eine gewisse Straffheit der Disziplin bei aller individuellen Behandlung und ohne den Zwang zu regelmäßiger und ordentlicher Arbeit von normaler täglicher Dauer nicht erreicht werden kann. Straffe Disziplin und Arbeitszwang sind in dem Regime der Irrenanstalten aber direkt verpönt und undurchführbar". Da es sich nicht um Kranke handelt, kommt nur pädagogische Einwirkung in Betracht mit Arbeitszwang. *Vocke* warnt daher dringend vor der Einweisung der v. Z. in Irrenanstalten und will für sie besondere Anstalten vorgeehens haben, was zu erreichen sein dürfte auch ohne Neubauten, da ein großer Hundertsatz der Strafanstaltsinsassen als v. Z. nunmehr dem geordneten Strafvollzug entzogen und die Anstalten dadurch entleert werden.

Zu dem gleichen Schluß kommt *Bumke* (a. a. O. S. 177), der es dahingestellt sein lassen will, ob nicht ein Teil der v. Z. doch eine gewisse, größere Freiheit vertragen kann, so daß er als Ideal besondere Anstalten errichtet haben möchte von landwirtschaftlichem Charakter. Noch in letzter Zeit auf der Versammlung des Deutschen Vereins f. Psychiatrie in Kassel am 1. u. 2. 9. 25[16]) hat man sich in der Hauptsache den Leitsätzen von *E. Schultze* angeschlossen, daß die Heil- und Pflegeanstalten für die Unterbringung der v. Z. völlig ungeeignet sind. *Többen*-Münster berichtete dort bereits über die üblen Erfahrungen gerade mit der Anhäufung der psychopathischen Individuen in den Strafanstalten bzw. ihren Adnexen und verlangt andere Unterbringungsmöglichkeiten.

Wird also der Entwurf Gesetz, so wird unabweislich die große Menge der zu Bewahrenden Änderungen im Aufbau der vorhandenen Anstalten mit sich bringen. Es wird dabei insbesondere die große Menge der v. Z. die zu ergreifenden Maßnahmen ausschlaggebend beeinflussen. Wahrscheinlich wird an der Errichtung von Zentralanstalten nicht vorbeizukommen sein, mögen sie nun eingerichtet, belegt und betrieben sein wie Broadmoor in England oder wie das uns näherliegende Waldheim in Sachsen.

Liepmann[9]) spricht sich besonders energisch dafür aus, daß man die Einrichtung besonderer Verwahrungs- und Arbeitshäuser unterlassen solle, da sie bei der heutigen Handhabung von Freiheitsstrafen auch nichts anderes sein und werden könnten als Zuchthäuser. Vielmehr solle man nach den englischen Vorbildern Gefängnisse und Zuchthäuser modern aufziehen, d. h. mit dem Ziel der Erziehung zur Einordnung in den sozialen Organismus, nicht nur mit dem Zweck der Internierung. Dann könne man auch den v. Z. gerecht werden, unter denen sich in großer Zahl die Gewohnheitsverbrecher befinden. Man brauche sie dann auch nicht den Irrenanstalten zuzuführen und habe nicht nötig, kostspielige neue Bauten aufzuführen.

Dieser Optimismus *Liepmanns* gegenüber der Erziehbarkeit der Psychopathen dürfte nicht allseitig geteilt werden. Ehe man seine Hand in der jetzigen geldarmen Zeit zu nicht ganz sicheren Versuchen reicht, wird man sich lieber auf sichere Erfahrungen stützen. Es besteht in Waldheim in Sachsen bereits seit Jahrzehnten eine Zentralanstalt, die im Anschluß an eine Strafanstalt sich entwickelt hat und aus deren wirkungsvollem Arbeiten die Möglichkeit und Zweckmäßigkeit solcher Einrichtungen bewiesen wird. *Wendt*[15]) gibt in seinem Vortrag: „Zur Frage der Unterbringung der kriminellen Geisteskranken und der vermindert Zurechnungsfähigen in Sachsen usw.“ eine eingehende Darstellung von der Einrichtung dieser Anstalt und ihren Leistungen. Vermöge der großen Zahl ihrer Insassen verfügt der Leiter über Gemeingefährliche verschiedenen Grades und kann je nach Verhalten auch zu erzieherischen Zwecken die Einzelnen straffer oder loser halten. Auch kleine Landwirtschaft ist vorhanden und so gelingt es, die notwendigen Arbeiten im Freien durchzuführen. Blumenzucht und harmlose Liebhabereien sind gestattet, gearbeitet wird mit Verdienst ohne Zwang.

Wendt hat die Erfahrung gemacht, daß unter seinen Pfleglingen sich bereits in großer Zahl diejenigen v. Z. befinden, welche nach dem Strafgesetzbuch ihm zufallen würden, und zwar aus dem Polizei-

gewahrsam und dem Umweg über den Strafvollzug. Als Haftpsychosen sind sie in die Anstalt aufgenommen. Das sind also die gleichen Minderwertigen, die künftig bereits im Strafverfahren erfaßt und schneller in diese Anstalten kommen werden. Es wird dadurch zu einer Verminderung der Haftpsychosen kommen. Nach Wendt also wird es im Gegensatz zu *Liepmann*, nachdem sich die Einrichtung und Entwicklung von Waldheim bewährt hat, darauf hinauskommen, daß als Folge des neuen Entwurfs ein neuer Anstaltstyp, nämlich die Zentralanstalt im Anschluß an Strafanstalten entstehen wird, der er den Namen „Heil- und Bewahrungsanstalt" geben möchte.

Zu den straffälligen Psychopathen sind die Trunksüchtigen zu rechnen, die in diesem Zustande eine strafbare Handlung begehen. Nach § 44 des Entwurfs hat das Gericht dann die Unterbringung eines Trunksüchtigen, der eine strafbare Handlung begangen hat, in einer Trinkerheilanstalt anzuordnen, wenn diese Maßregel erforderlich erscheint, um ihn an ein gesetzmäßiges und geordnetes Leben zu gewöhnen. Nach § 46 darf die Unterbringung jedoch nicht länger als zwei Jahre dauern. Genügt Schutzaufsicht, so ist diese anzuordnen.

Nach einer in der Begründung beigefügten Statistik aus Bayern (35. Abschnitt) beträgt der Hundertsatz der unter Alkoholwirkung begangenen und zur Aburteilung gelangten Verbrechen und Vergehen 10—11% im Vergleich zu ihrer Gesamtzahl. In psychiatrischen Kreisen wird die Zahl als zu gering angesprochen, so bei *Vocke*. *Cimbal*[4]) schätzt die Zahl der Folgezustände von Trunksucht und Arbeitsscheu gleich der der vorhandenen Geisteskranken. Er nimmt an, daß bei dem Rückgang der Trinkerheilanstalten während des Krieges und in der Inflationszeit sich heute noch die Zahl der vorhandenen Plätze zur Zahl der Trunksüchtigen wie 1 : 100 verhält. Das zeigt, wie schwer es sein wird, die Frage der Unterbringung der Trinker zu lösen.

Der Entwurf kennt nur die Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt, allenfalls in einer Heil- und Pflegeanstalt, wenn die Grundlage der Trunksüchtigkeit in einer Psychose zu suchen ist. Allgemein jedoch wird gefordert, daß gegen Trunksüchtige nur die größte Strenge angewandt werden soll, im Gegensatz zur Behandlung der gewöhnlichen Psychopathen, bei denen die Erziehung in größerer oder geringerer Freiheit das wichtigste ist. Zwar kann die Trinkerheilanstalt auch nur erzieherisch wirken, aber die Mehrzahl der Trunksüchtigen kommt gar nicht erst dorthin wegen Mangel an Plätzen und Geld, und dann

ist meist die Zeit von 2 Jahren zu kurz, als daß nicht in vielen Fällen Rückfälligkeit einträte.

Außer den im Entwurf vorgesehenen Möglichkeiten der Unterbringung stehen solche auf indirektem Wege zur Verfügung. Zunächst die Entmündigung, und auf diesem Umwege über den Vormund die Verbringung in eine Trinkerheilanstalt über die 2 Jahre hinaus. *Delbrück*[5]) benutzt diesen Weg in nahezu 50% aller Fälle und liefert den Beweis, daß die Entmündigung eines Trinkers nicht so schwer ist, als es von anderer Seite angegeben wird. Allerdings, da der Antrag zur Entmündigung von den Verwandten (Ehefrau und Kindern) ausgehen muß, unterbleibt er meistens und die außerdem zuständigen Gemeinden und Armenverbände pflegen ihn erfahrungsgemäß meistens nicht rechtzeitig zu stellen. Daß die Entmündigung zum Zwecke der Asylierung trotzdem in nahezu 50% der Fälle rechtzeitig gelingt, zeigt, daß dieser Weg gangbar ist, natürlich aber von der Persönlichkeit abhängt, die in der Trinkerfürsorge maßgebend ist. *E. Schultze* (a. a. O. S. 256) warnt aber vor diesem Weg; er sei deshalb nicht angängig, weil eine Bestimmung der Zivilprozeßordnung (Entmündigung) nicht für strafrechtliche Zwecke Verwendung finden dürfe.

Hat man die Einwilligung des Trinkers, so kann man nach *Delbrück* auch den § 1277 RVO. zur Unterbringung in einer Heilanstalt ohne Entmündigung anwenden. Nach diesem Paragraphen kann die Landesversicherungsanstalt einen Invaliden auf Antrag in einer Anstalt unterbringen, wenn der Invalidenrentenempfänger für die Zeit dieses Aufenthaltes auf seine Rente verzichtet.

Ganz allgemein ist die Ansicht vertreten, daß bei Trinkern mit Strenge am meisten erreicht wird. Gegen solche Verwahrlosenden fordert *Cimbal* (ebenda) die strengsten Maßnahmen. Jede Möglichkeit einer Strafminderung für Trunksuchtsverbrechen muß wegfallen, die Verwahrung muß in der abschreckendsten und billigsten Form, nämlich im Arbeitshause stattfinden. Sind solche Individuen einmal verwahrlost und sollen nur einfach in einer Anstalt verwahrt werden, so bedeutet das weggeworfenes Geld; besser ist es, durch die Scheu vorm Arbeitshaus den Drang zur Trunkenheit einzudämmen. Nach dem geltenden Recht, StGB. § 361, Z. 5 und § 362, ist die Verbringung ins Arbeitshaus heute schon möglich, jedoch auch der § 382 des Entwurfs wird später hierfür heranzuziehen sein. In Beobachtungsfällen soll man auf kürzesten Aufenthalt im Krankenhaus dringen. Erforderlich für die Verbringung ins Arbeitshaus ist der Nachweis

der Arbeitsfähigkeit, den sich die Stelle geben lassen muß, die derartige Verwahrung durchsetzen will. *Aschaffenburg*[1]) vertritt den gleichen Standpunkt. „Schlaffheit in dem Verhalten des Staates ist solchen Menschen gegenüber ein schreiendes Unrecht . . . Man soll gerade gegen sie wie gegen gemeingefährliche Verbrecher vorgehen. Diese müssen sofort in Sicherungs- und Verwahrungsanstalten untergebracht werden."

Ist die Verwahrlosung bereits so weit gediehen, daß Arbeitsfähigkeit nicht mehr besteht, so ist der Trunksüchtige in einem Asyl unterzubringen, wo nach Möglichkeit versucht werden soll, die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen.

Wir haben also die Möglichkeit, Trinker in Irrenanstalten, Trinkerheilanstalten, Arbeitshäusern und Asylen unterzubringen und sie außerdem der Schutzaufsicht zu unterstellen. Wenn man sich fragt, wie soll die Auswahl erfolgen, so wird man mit *Cimbal* sagen müssen, daß nur streng individuell gehandelt werden kann. *Cimbal* unterscheidet vier Arten von Trinkern:

1. Entartungstrinker, d. s. die Psychopathen,
2. Leidenschaftstrinker, zu denen die Quartalssäufer gehören; die Aussicht auf Heilung ist hier am größten,
3. Stumpfsinntrinker, die am ehesten die verbrecherischen Anlagen haben,
4. Selbstwertungstrinker, die gegenüber der Familie im Rausch ihr Selbstgefühl wiedererhalten und sich mehr und mehr mit zunehmender Senkung des wirtschaftlichen Niveaus in Gegensatz zur Familie stellen.

Trotz der Möglichkeiten, diese verschiedenen Untergruppen zu bilden, spricht die Erfahrung dafür, daß es nicht möglich ist, von vornherein diese Gruppe in dieser, jene in jener Anstalt unterzubringen. Es sprechen da abgesehen von der verschiedenen Reaktionsfähigkeit zuviel auch wirtschaftliche Verhältnisse mit.

Immerhin wird man die Trinker, deren Trunksucht auf Grund einer Psychose entstanden ist, in Irrenanstalten unterbringen. Auch sonst sind nach *E. Schultze*s, *Weygandt*s und *Cimbal*s Ansicht Irrenanstalten zur Aufnahme von Trinkern sehr wohl geeignet, nur muß die ganze Anstalt abstinent sein. Das muß man in solchem Falle auch von den Arbeitshäusern verlangen. Die Erfahrungen mit derartiger „Trockenhaltung" sind z. B. im Werk- und Armenhaus-Hamburg durchaus günstige.

Wichtig ist, daß die Verwahrung im Arbeitshaus unbefristet ist

und abhängig gemacht wird vom Verhalten des Trinkers, daß die Entlassung in Schutzaufsicht nur unter Vorbehalt stattfindet, daß also das sogenannte Progressivsystem angewandt wird, das am ehesten geeignet ist, durch Abschreckung den Drang zum Trunk einzudämmen.

Auf die Unterbringung der schwer- und schwersterziehbaren Jugendlichen geht der Strafgesetzentwurf nicht ein, sondern verweist in § 19 auf das Jugendgerichtsgesetz. Immerhin darf bei der Erörterung der Unterbringung der straffälligen Psychopathen die Frage, wohin die Jugendlichen und Fürsorgezöglinge kommen sollen, nicht außer acht gelassen werden. Entwürfe zu einem Bewahrungsgesetz sind von verschiedener Seite gemacht. Am weitesten und allgemeinsten gefaßt ist wohl der vom Verein für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt a. M.[17]). Dieser Entwurf stellt die Fortsetzung der Bestimmungen des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes, Abschnitt VI dar nur mit der Einschränkung, daß für das Lebensalter vom 18. Jahr an Bewahrung, aber nicht Erziehung in Frage kommen soll. Eingehender sind die Vorschläge des Deutschen Vereins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen[18]). Sie lehnen sich stark an das Züricher „Gesetz über die Versorgung von Jugendlichen, Verwahrlosten und Gewohnheitstrinkern vom 24. 5. 25“ an. Es wird dabei die Unterbringung von Fürsorgezöglingen und Schwererziehbaren in Anstalten bis zum 30. Lebensjahr verlangt, wobei die Progression von Familie zur Erziehungsanstalt zur Zwangserziehungsanstalt und zurück je nach Verhalten und unbefristet für besonders wertvoll gehalten wird. Man hat das 30. Lebensjahr deshalb als Grenze gesetzt, weil man annimmt, daß bis zu diesem Jahre noch eine günstige Beeinflussung erwartet werden kann. Wer darüber hinaus in für die Allgemeinheit gefährlichem Zustand beharrt, wird als unverbesserlich erachtet und soll in besonderen Bewahrungsanstalten untergebracht werden. *Mönkemöller*[10]) will von vornherein die Unerziehbaren von Erziehbaren getrennt haben und verlangt: „In Bewahrungsanstalten kommen

1. die vom Psychiater nach eingehender Prüfung als schwerpsychopathisch erkannt sind,
2. die in einer Erziehungsanstalt bei den vorgenommenen Erziehungsmaßnahmen völlig versagt haben.“

Beide Gruppen gehören nicht in Erziehungsanstalten, sondern in besondere Psychopathenanstalten, die nicht mehr als 30—40 Insassen haben dürfen. Nach *Gregor*[18]) sind mindestens 25% aller Erziehungen wertlos, aber nicht alle Schwersterziehbaren sind verwahrungsbedürftig,

jedoch viele, die wohl in Anstalten zu leiten sind, sich dagegen außerhalb als völlig haltlos erweisen.

Nach übereinstimmender Ansicht der Kreise, die sich mit Fürsorgeerziehung befassen, gehören zwar diese Verwahrungsbedürftigen nicht in die Irrenanstalten selbst, vor allem die weiblichen Individuen werden dort für gänzlich unbrauchbar erachtet, aber weil ohne Psychiater solche Anstalten nicht auskommen, wird einem Anschluß an Irrenanstalten sehr das Wort geredet. So hat sich der 3. Fachausschuß des Fürsorgeerziehungstages (weibl. Anstaltserziehung) einstimmig für Anschluß an Irrenanstalten ausgesprochen und der 2. (männliche Anstaltserziehung) und 4. (Psychopathenerziehung) für Anschluß an Erziehungsanstalten, jedoch unter Mitarbeit eines Psychiaters.

Sowohl im Entwurf, als auch im Schrifttum wird weitgehender Gebrauch der Schutzaufsicht empfohlen, besonders *E. Schultze* setzt sich in seiner Kritik des Entwurfs dafür ein, daß man die Schutzaufsicht für alle Gruppen straffälliger Psychopathen ausgiebig anwenden, daß sie aber immer unter Vorbehalt geschehen, und daß man immer durch das Prinzip der Progression erzieherisch einwirken solle. Die Aussicht, die durch Entwurf und Bewahrungsgesetz sich stark füllenden Anstalten entlasten zu können, mag sehr bestechend sein. *Kolb*[16]) glaubt in Erlangen bereits gute Erfolge damit zu haben. In einer Stadt von 500 000 Einw. werden schon 2000 Personen anormalen Geisteszustandes in der Weise betreut, daß die Schutzaufsicht psychiatrisch geleitet wird. Wenn man jedoch andererseits wieder hört, daß *v. d. Leyen*[18]) auf der Tagung des Vereins z. Fürs. f. jug. Psychop. einem Schutzaufseher höchstens 2—3 Individuen im Nebenamt glaubt zumuten zu können, so ist die Hoffnung wieder stark eingeschränkt, die man theoretisch auf reichliche Anwendung der Schutzaufsicht setzen zu können glaubt; denn es dürfte schwer halten, die genügende Anzahl neben- oder ehrenamtlicher Schutzaufseher zu finden. Die Belastung eines Einzelnen aber mit mehr als drei Schutzaufsichten wird ihre Wirkung derartig illusorisch machen, daß es bald wieder zu einer Überweisung des Überwachten in eine Anstalt kommen wird. Es wird also auch hier richtig sein, zunächst die Wirkungen des Entwurfs abzuwarten und mit der Ausdehnung der Schutzaufsicht vorsichtig zu Werke zu gehen.

Wenn man rückblickend die Vorschläge des psychiatrischen Schrifttums überschaut, wie die straffälligen Psychopathen im weitesten Sinne am besten untergebracht werden, so läuft eine nicht unerhebliche Zahl von Vorschlägen auf Unterbringung in einer Irrenanstalt

bzw. auf Anschluß an eine solche hinaus. Jedenfalls wird die Möglichkeit nicht allgemein bestritten, daß Irrenanstalten mit festen Häusern für besonders gefährliche Individuen bestehen können, daß sie Trinker aufnehmen dürfen. Auch von seiten der Fürsorgeerzieher wird der Anschluß der zu Bewahrenden an Irrenanstalten empfohlen. Selbst für die v. Z. muß *E. Schultze* in seiner Kritik des Entwurfes von 1919 zugeben, daß unter dem Drange der Verhältnisse sich ihre Verbringung in Adnexe, die den Irrenanstalten angeschlossen werden könnten, nicht werde vermeiden lassen. Damit gewinnt der Vorschlag von *Weygandt* [16]) auf der Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie 1925 an Bedeutung, nach dem die Irrenanstalten ausgebaut werden sollten mit Abteilungen für Nervenkranke, Idioten, Kriminelle und Trinker mit Poliklinik, wobei die Verwahrungsanstalten für Schwersterziehbare diesen Irrenanstalten angeschlossen werden könnten. Demgegenüber stehen die günstigen Erfahrungen, die *Wendt* in Waldheim gesammelt hat. Es wird sich also in Zukunft um die Frage handeln, ob die Zentralanstalten, die doch von allen gewünscht werden, sich als „Heil- und Bewahrungsanstalten" aus den Adnexen der Strafanstalten entwickeln oder aus dem Ausbau der Irrenanstalten im Sinne *Weygandts* hervorgehen sollen. Neben den bereits oben dargelegten und auch von *Enge* [6]) in der „Sozialen Psychiatrie" 1919 ausgeführten Vorzügen dürften die „Heil- und Bewahrungsanstalten" den einfacheren und auch billigeren Weg darstellen. Wie die Entwicklung auch gehen wird, kommen wird die Zentralanstalt so oder so, jedoch wahrscheinlich nicht einheitlich, sondern örtlich verschieden je nach den in den einzelnen Ländern bestehenden Verhältnissen.

Schrifttum.

1. *Aschaffenburg*, Die Stellung des Psychiaters zur Strafrechtsreform, Monatsschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsreform Bd. 16.
2. *Bleuler*, Zur Behandlung Gemeingefährlicher, Monatsschr. f. Kriminalpsych. 1. Jahrg. 92.
3. *Bumke*, Gerichtliche Psychiatrie, Deutike 1912.
4. *Cimbal*, Trinkerfürsorge als Teil der Verwahrlostenfürsorge, Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 84.
5. *Delbrück*, Zur Asylierung der Trinker, Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 84.
6. *Enge*, Soziale Psychiatrie, Adlerverlag, 1919.
7. *Gruhle*, *Kraepelins* Stellung zur Verbrecherbekämpfung, Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 84.

8. *Kundt* und *Rüdin*, Über die zweckmäßigste Unterbringung der irren Verbrecher und verbrecherischen Irren in Bayern, Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatr. II, 2, 1910.
9. *Liepmann*, Der Deutsche Strafgesetzentwurf, Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 79.
10. *Mönkemöller*, Die Sonderbehandlung der schwer erziehbaren Fürsorgezöglinge, Zeitschr. f. Kinderfrsch. Bd. 31, H. 5.
11. *Rixen*, Die gemeingefährlichen Geisteskranken im Strafrecht, im Strafvollzug u. i. d. Irrenpflege, Springer 1921.
12. *E. Schultze*, Der Entwurf z. einem Deutsch. Strafgesetzbuch 1919 vom Standpunkt d. Psychiaters, Arch. f. Psychiatr. Bd. 66.
13. *E. Schultze*, Psychiatr. Kritik der Maßregeln der Besserung u. Sicherung im Entwurf zu einem Deutsch. Strafgesetzbuch, ebenda.
14. *Vocke*, Z. Entwurf z. einem Deutsch. Strafgesetzbuch v. Jahre 1919, allg. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 79.
15. *Wendt*, Z. Frage d. Unterbringung d. kriminellen Geisteskranken u. d. Vermindertzurechnungsfähigen in Sachsen usw., allg. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 79.
16. Versammlung d. Deutsch. Vereins f. Psychiatr. i. Kassel, 1. u. 2. Sept. 1925, Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 42, 5/6.
17. Das Bewahrungsgesetz i. System d. Fürsorge, Aufbau u. Ausbau d. Fürsorge H. 3., Veröffentlich. d. D. Vereins f. öffentl. priv. Fürs.
18. Bericht über d. Tagung d. Deutsch. Vereins z. Fürs. f. jug. Psychopath. Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. 31, H. 5.

Über eine besondere Gruppe der funktionellen psychischen Erkrankungen[1].

Von

Dr. med. u. phil. **P. Prengowski**, Abteilungsleiter des Krankenhauses.

Zu einem bedeutenden Umbau der Psychiatrie führt die jetzige sog. klinische Richtung in der Psychiatrie, die in dem genauen Unterscheiden der Begriffe des Krankheitszustandes und des Krankheitsprozesses sowie der Krankheitseinheit besteht — und die für die Aufstellung der abgesonderten Krankheitseinheiten einerseits die Berücksichtigung des Verlaufs und des Ausgangs der Krankheit, andererseits die Kenntnis des Stoffwechsels sowie der die psychischen Erkrankungen begleitenden Veränderungen in der Tätigkeit und in der Struktur nicht nur des Gehirns, sondern auch verschiedener anderer Gewebe und Organe verlangt.

Als Resultat dieser theoretisch-klinischen Bestrebungen in der modernen Psychiatrie ist bekannt u. a. die Lehre von der noch von *Morel* „Dementia praecox" genannten Psychose („Schizophrenia" *Bleulers*, „les folies discordantes" *Ph. Chaslins*, „psychose catatonique dégénérative" *Paris*', „dementia primitiva" italienischer Autoren usw.), sowie von der maniaco-depressiven Psychose.

Manche Anhänger *Kraepelins*, des Hauptschöpfers dieser Lehre, sind bekanntlich geneigt, in derselben das endgültige Resultat der psychiatrischen Forschung zu sehen und die Dementia praecox sowie das manisch-depressive Irresein als Krankheiten zu betrachten, welche beinahe all das umfassen, was sich außerhalb der organischen sowie der toxischen psychischen Störungen befindet. Diese, auf Grund der allzugroßen Verallgemeinerungs- und Unifikationsbestrebungen entstandene Anschauung ist nicht genügend begründet und muß um so mehr sonderbar erscheinen, als jede neue Ausgabe des Handbuches

[1]) Aus dem städtischen psychiatrischen Krankenhause Snt. Johannes in Warschau.



Kraepelins sich bedeutend von der vorigen unterscheidet, was deutlich darauf hinweist, daß dieser Verfasser selbst seine Anschauungen nicht für unantastbar und unveränderlich hielt sowie den Umbau der psychiatrischen Nosologie nicht für beendet ansah. Übrigens ist es in dieser Beziehung höchst interessant, daß *Kraepelin* sich zu den ihn besuchenden Ärzten oft äußerte, eine bedeutende Anzahl seiner Kranken verbleibe ohne Diagnosen. Offenbar war er der Meinung, daß die von ihm angenommenen Krankheitsbilder nicht alle Fälle psychischer Störungen umfassen.

Die Behauptung, daß die psychischen Erkrankungen, welche nicht auf Grund der organischen Gehirnveränderungen, der äußeren Intoxikationen und event. der Epilepsie entstehen, hauptsächlich entweder Dementia praecox oder manisch-depressives Irresein sind, diese Behauptung muß als unbegründet betrachtet werden, — und zwar nicht nur a priori, weil sie nicht bewiesen ist, sowie angesichts der Tatsache, daß die Psychiatrie nun erst beginnt, in methodologisch-klinischer Beziehung anderen Gebieten der Medizin gleich zu werden, und noch weit davon entfernt ist, daß ihre nosologischen Kenntnisse als geschlossen betrachtet werden könnten, — sondern auch, wie es scheint, aus aposteriorischen Gründen. Man trifft nämlich oft Fälle, welche nach genauer Analyse und bei strikter Berücksichtigung der *Kraepelin*schen Lehre, an keine der zwei erwähnten Krankheitsgruppen: Dementia praecox und man.-depressives Irresein angereiht werden können, und welche sowohl in ätiologischer und symptomatologischer Beziehung als auch in bezug auf den Verlauf und, wie ich meine, auf die Pathogenese, eine besondere nosologische Gruppe, eine abgesonderte Krankheitsform, Krankheitseinheit oder eine Gruppe solcher Krankheiten bilden.

Beispielsweise führe ich in möglichst abgekürzter Form 20 von solchen im Laufe der letzten 14 Jahre, auf meiner Krankenhausabteilung sowie in meiner Privatanstalt von mir beobachteten und analysierten Fällen an[1]). Die Reihenfolge, in welcher die Fälle beschrieben werden, ist mit dem Grade ihrer Ähnlichkeit verbunden.

F. I. Gawr., unverheiratet, Tochter eines Dorf-Organisten. Der Vater ist „nervös", die Urgroßmutter war geisteskrank.

Die Kranke war stets nervös, empfindlich, mittelmäßig begabt. Von mittlerem Wuchs, gut genährt, rosiges Gesicht. Ende April 1919 von ihrem Bräutigam verlassen, ging sie zur Beichte und vernahm drohende

[1]) Die genauere Beschreibung dieser Fälle wird bald in meiner französischen Abhandlung: „Un groupe particulier nosologique des maladies psychiatriques fonctionnelles". Paris. Félix Alcan. 1927. erscheinen.

Worte der Züchtigung. Nach der Beichte erkrankte Gawr., verfiel in einen Zustand von Unruhe und Schlaflosigkeit, wies jegliche Speise ab, halluzinierte, verdammte sich selbst, sah Teufel und Heilige, dann kam ein rasender Wutanfall. — Nach diesem Anfall schrie sie 24 Stunden durch: „Was habe ich getan, womit habe ich den lieben Gott erzürnt?“ Der behandelnde Arzt stellte die Diagnose: Hysterie.

Einige Tage nach diesem Anfall wurde die Kranke in meine Anstalt gebracht. Hier blieb sie bis zum 19. Oktober 1919 und wurde dann im Irrenhause in Tworki untergebracht, wo ein Arzt ihre Krankheit als Schizophrenie bezeichnete, und ein anderer als Psychosis maniaco-depressiva, und wo sie am 13. Januar 1920 infolge einer Grippe starb.

Während der ersten Monate der Krankheit konnte man scharfe Stimmungswechsel beobachten: Freude, Traurigkeit, Zorn folgten einander fortwährend, häufig an einem und demselben Tage. Dann wieder zeigte der Zustand der Kranken eine langsame Besserung. In der letzten Periode der Krankheit befand sich die Kranke die ganze Zeit in einem deutlich deprimierten Zustande, in sich verschlossen.

Emotionell reagierte die Kranke sehr lebhaft und ihr Wesen, wie auch ihre Redeweise blieben immer natürlich. Überhaupt konnte man bei ihr eine vollständige Abwesenheit von Negativismus beobachten. Dagegen muß man auf ihre sexuelle Überreizung hinweisen, auf ihre Coprolalie und Coprophagie. Jegliche psychomotorische Aufregung fehlte. Intellektuell zeigte die Kranke, daß sie die Fähigkeiten des Wahrnehmens und der Assoziation der Ideen behalten hatte, wie auch die Fähigkeit, die Gedanken zu binden, zu rechnen und Gedankenschlüsse zu machen. Jedoch hatte sie oft Halluzinationen des Gehörs, wie auch verschiedene Wahn-Ideen (sie sei Gott, heilige Jungfrau usw.).

Wir müssen auch noch eine Desorientation bei der Kranken betonen, die in keinem Zusammenhang war mit ihren Halluzinationen und Wahnideen und die auch dann vorhanden war, wenn diese Symptome sich nicht zeigten.

Während der Krankheit kamen bei der Patientin Momente der Klarheit vor (lucida intervalla).

F. II. Ziel., geb. 1895, Frau eines Industriellen.

Der Vater der Kranken war nervös, die Mutter hatte einen heftigen und exzentrischen Charakter und wurde häufig als „verrückt“ bezeichnet.

Stets nervös, von Natur expansiv, lebhaft und veränderlich, hatte Ziel. künstlerische Bestrebungen.

Ihre gegenwärtige Krankheit begann 5 Wochen nach ihrer letzten Entbindung; einige Tage nach einer Grippe und Lungenentzündung fing sie an zu halluzinieren und Wahnideen zu äußern (ihre Kinder sind nicht die ihrigen, ihr Bett fällt um, ihre Zähne wachsen nicht normal, sie ist die Heilige Jungfrau, sieht Teufel, hört Glockenläuten, Stimmen usw.). Sie äußerte auch Furcht, schrie, weinte, sang, redete viel und machte Verse. Manchmal, ihren Kopf auf die Kissen gelehnt, starrte sie einen Punkt der Wand an, und mit ausgestreckten Händen blieb sie stundenlang in dieser Lage, was den „Eindruck von Ekstase“ machte. Der örtliche Arzt bezeichnete ihren Zustand als Hysterie. Einige Wochen später wurde sie wieder normal und man konnte nichts an ihrem Benehmen aussetzen.

Dieser Zustand wiederholte sich bei der Kranken noch etliche Male. Einige Wochen nach Beginn der Krankheit kam Ziel. in meine Anstalt. Fünf Monate später brachte man sie in das Irrenhaus in Tworki. Während ihres Aufenthalts in meiner Anstalt benahm sich die Kranke so, wie vordem zu Hause. Sie war desorientiert, erotisch erregt, aggressiv, zynisch, unzugänglich, mit lebhaftem und variablem Gemütsleben, äußerte grundlose Furcht und Fröhlichkeit, sprach unzusammenhängend, hatte regelmäßige Menstruation. Mit der Zeit wurde sie ruhiger, jedoch blieb sie immer verwirrt, zynisch, erotisch aufgereizt, hatte verschiedene Wahnideen, ihr Gemützsustand änderte sich beständig. Gleichzeitig bemerkte man, daß sie ihr Haar zu verlieren anfing.

In der Irrenanstalt in Tworki besserte sich der psychische Zustand der Kranken immer weiter, sie starb aber nach 9 Monaten infolge von T. b. c. intestinorum.

F. III. Grz., geb. 1883. Frau eines Werkmeisters, ohne Störungen in dem Nervensystem und in den inneren Organen. Kam ins Hospital am 14. Juli 1909 mit der Diagnose: amentia acuta. Bald darauf bekam Grz. die Diagnosen: „Paranoia acuta" sowie „Dementia praecox". Die Kranke blieb in meiner Beobachtung bis zum 15. März 1916, da sie infolge von Schwindsucht starb.

Die Krankheit von Grz. dauerte beinahe 7 Jahre, ihr Anfang hatte eine akute Form, nach einigen Monaten trat eine Besserung ein, und nur einmal wurde die Krankheit durch einen Zustand von vollkommener Klarheit (lucidum intervallum), die 6 Stunden dauerte, unterbrochen. Die Symptome, die die Krankheit am meisten kennzeichneten, waren: Desorientation, verwirrtes Reden, Halluzinationen, kein Kontakt mit der Umgebung, und verstärkte Gemütstätigkeit gefolgt von einer lebhaften Aufregung. Oft erschienen Zorn und eine Neigung zum Schlagen, Zerstören und Schimpfen. Wiederholte Furchtanfälle und schließlich Zustände einer tiefen Traurigkeit mit verzweifeltem Weinen, dann wieder Zustände großer Zufriedenheit und Fröhlichkeit. Die Kranke war oft aufgeregt, sexuell gereizt bei vollständiger Abwesenheit von Scham und Ekel, manchmal konnte man eine gewisse Wahrnehmungsfähigkeit bemerken, auch Speichelfluß und die schon angeführten lucida intervalla. Die Menstruation war nicht unterbrochen.

F. IV. Ryb., 32 J. alt, unverheiratet, Stubenmädchen. Kam ins Hospital am 19. Oktober 1920 und blieb daselbst bis zu ihrem durch Schwindsucht verursachten Tode am 5. Juni 1924. Die Ärzte diagnostizierten ihren Zustand als schizophrenisch.

Der Vater ein Alkoholiker, die Mutter war sehr devot. Als Kind hatte Ryb. Masern, Diphtheritis, Polyarthritis. Ryb. ist von mittlerem Wuchs, gut genährt, rosig am Gesicht. Mitralinsuffizienz, leichter Exophthalmus. Normale Regeln. Fröhlicher, geselliger Charakter. Mitte August 1920, bei der Annäherung der Bolschewiken, änderte sich plötzlich der Charakter der Kranken. Sie wurde ängstlich, wollte nicht allein im Zimmer bleiben, sprach viel von den Bolschewiken, weinte oft. Nach zwei Tagen wurde die Kranke ruhiger, aber sprach wenig, arbeitete viel ohne zu klagen, behauptete nur, sie sei verdammt und aus der Kirchengemeinschaft exkommuniziert, da sie seit 10 Jahren nicht bei der Beichte gewesen ist.

Durch ihre Schuld muß ihr Bruder leiden und wird getötet werden. Die Kranke ging mehrmals zur Beichte und verblieb ganze Tage lang in der Kirche. Schläft wenig, hat keinen Appetit. Sie bittet, man solle den Erzbischof ersuchen, ihr Gebetbuch von dem Siegel zu befreien (in diesem Buch findet man kein Siegel). Infolge eines Selbstmordversuches wurde sie in der psychiatrischen Klinik untergebracht und seit Juli 1921 befand sich die Kranke unter meiner Beobachtung.

Das Leiden von Ryb. ging allmählich in einen Zustand über, in welchem der Gemütszustand unbeständig und recht ausgesprochen war, ohne psychomotorische Erregung, die Kranke zynisch, aufgeregt, völlig desorientiert war, mit Größenwahn und Symptomen von Halluzinationen. Mehrere Male war Ryb. vollkommen klar im Laufe einiger Stunden. Später bemerkte man bei der Kranken eine Tendenz zu langsamer Besserung.

F. V. Por., 30 J. alt, unverheiratet. In der Kindheit hatte Por. Masern und Scharlach gehabt. Vor ihrem 20. Lebensjahre litt sie an einer schweren Geisteskrankheit, wurde wieder gesund und kehrte zu ihrer Hausarbeit zurück. Den Aussagen der Mutter nach wollte sie während dieser Krankheit nichts essen und sagte, man wolle sie vergiften. Nach dem Genesen sagte Por. zu ihrer Mutter: „Ich war wie in einem lethargischen Zustand, es ist wie ein Traum, von dem ich erwacht bin“.

Im Februar 1920 wird sie wieder krank, hört auf zu essen, schläft schlecht, seit dem 14. März 1920 ist sie aufgereizt und zerschlägt alles.

Am 20. März ist die Kranke in meine Anstalt gebracht worden, und am 15. Mai 1920 wurde sie in das St. Johannes-Hospital in Warschau übergeführt und schließlich in das Irrenhaus in Drewnica, wo sie Ende 1920 gesund wurde.

Bei Por., deren Krankheit man als periodische Schizophrenie erkannte, konstatierte man krankhafte Zustände, die mehrere Monate dauerten, begleitet von vollkommener Desorientation, psychomotorischer Erregung, einer gewissen Veränderung in emotioneller Hinsicht im Sinne der Steigerung und der Variabilität des Affektgebietes, Wahnideen und Halluzinationen. Unter anderem zeigte sie eine Neigung zum Schlagen und Zerstören, man beobachtete Coprolalie und Coprophagie und Speichelfluß. Die Kranke hielt nach Genesung ihren Zustand für einen Traum.

F. VI. Saw., 29 J. alt, unverheiratet, Dienstmädchen.

Im Hospital seit dem 4. Mai 1921 bis zum 31. Januar 1924, d. h. bis zum Tage, da sie in eine andere Anstalt übergeführt wurde, woher sie Ende 1924 als gesund entlassen wurde. Sie kam ins Hospital ohne Anamnese.

Klein von Wuchs, gut genährt, mit guter Gesichtsfarbe. Im Laufe der ersten Wochen ihres Aufenthaltes im Hospital war Saw. in ziemlich unterdrückter Stimmung, zum Teil desorientiert, hatte Verfolgungsideen und oft Furchtanfälle. Manchmal war sie in einem euphorischen Zustand. Oft wurde sie wütend, äußerte Neigung zum Zerstören und Mißhandeln. Dieser Zustand wurde schlimmer.

Die Kranke wurde vollkommen desorientiert, spuckte viel, erzählte, sie sei die Heilige Jungfrau, duzte den Arzt. Während der euphorischen Zustände äußerte die Kranke eine erotische Gereiztheit, sang, tanzte und gebärdete sich unanständig. Sie sprach überhaupt wenig, war nicht ge-

sellig. In Momenten von affektiver Erregtheit sprach sie langsam, in gut gebildeten Sätzen. Manchmal war die Kranke ganz normal, und dann unterhielt sie sich und benahm sich normal. Allmählich wurde die Kranke ruhiger, die krankhaften Zustände waren weniger ausgesprochen, die Desorientation hat auch abgelassen. Die Kranke war oft niedergeschlagen, recht unzugänglich, weniger aggressiv. Von Zeit zu Zeit verschlimmerte sich der Zustand der Kranken, und dann hatte man wieder das oben geschilderte Bild. Im Laufe des Jahres 1924 wurde der psychische Zustand der Kranken immer besser bis zur vollen Genesung.

F. VII. Dab., 26 J. alt, unverheiratet, Sänger, kam in meine Anstalt am 19. Mai 1913, wurde am 15. Oktober 1914 ins Hospital übergeführt, starb (infolge der Schwindsucht) am 13. Februar 1916.

Der Kranke hatte eine recht bemerkbare subkutane Fettschicht sowie den Kropf von mittlerer Größe. Die Bourdet-Wassermann-Reaktion des Blutes und der zerebrospinalen Flüssigkeit negativ. Nonne-Appelt der zerebrospinalen Flüssigkeit negativ.

Die Krankheit von Dab. äußerte sich plötzlich, in einer akuten Form, und hatte in ihrer Entwicklung im Laufe von 3 Jahren eine Tendenz zur Besserung. Die Krankheit äußerte sich in Symptomen von einer gewissen Art von Wahnsinn, zuweilen so wie paranoia hallucinatoria. Mehrere Male beobachtete man lucida intervalla und einmal einen kataleptischen Starrkrampf, der einige Wochen dauerte. Man beobachtete auch bei dem Kranken ein sehr lebhaftes und veränderliches Gemütsleben, mit einer gewissen Tendenz zur Heftigkeit, zum Zerstören und auch Speichelfluß.

F. VIII. Janisz., 40 J. alt, Frau eines Werkmeisters. Im Hospital seit dem 12. Oktober 1918 bis zum 28. März 1919, da sie mit Symptomen der allgemeinen und der Herz-Schwäche starb. Die Kranke kam ins Hospital mit einem Zeugnis vom Kreisarzt: „die Kranke leidet an psychosis maniacalis“.

Die Kranke ist gut gebaut, hat gute Gesichtsfarbe, keine Veränderungen in den inneren Organen und im Nervensystem.

Die erste Periode der Krankheit konnte als Delirium acutum bezeichnet werden, die zweite Periode als Paranoia hallucinatoria. Die charakteristischen Merkmale des krankhaften Zustandes bei Janisz. waren: plötzliche Änderungen des Gemütszustandes, Desorientation, Halluzinationen und Wahnideen, psychomotorische Erregungen, Speichelfluß und Momente der Klarheit.

F. IX. Piek., 50 J. alt, Künstler (Maler), verheiratet. Kam in meine Anstalt am 30. November 1918. Der Bruder des Kranken starb in einem Zustand von Melancholie.

Seit einigen Wochen hat Piek. Fieber, 38 bis 39°, verursacht durch Lungentuberkulose. Seit zwei Wochen beobachtet man eine Veränderung in der Laune des Kranken. Er wird gefällig, zufrieden, optimistisch.

29. November 1918. Ein Irrenarzt konstatierte bei Piek. eine psycho-motorische Erregung, unleugbare Halluzinationen des Gesichts und des Gehörs, auch eine Desorientation, obgleich der Kranke die ihm am nächsten stehenden Personen erkannte. Der Kranke äußerte Ideen des Größenwahns: er behauptete mehrere hunderttausend Rubel besessen zu haben (er war arm), hatte weitschweifende Pläne, und gleichzeitig

machte er sehr zynische Bemerkungen. Er lehnte das Essen ab. Keine organischen Veränderungen wurden konstatiert.

Dieselben Symptome beobachtete man in meiner Anstalt. Einige Stunden nach seiner Ankunft in der Anstalt abends am 30. November 1918 war Piek. eine zeitlang normal und orientierte sich, später aber wollte er sich die Augen ausstechen, wußte jedoch nicht weshalb.

Am 16. Dezember 1918 verläßt Piek. meine Anstalt psychisch gesund. Ein febriler Zustand tuberkulosen Ursprunges kann bei ihm beständig beobachtet werden.

F. X. Sob., 50 J. alt, Bauer, verheiratet. Kam in meine Anstalt am 29. Mai 1918, wurde am 11. Juli 1918 ins St. Johannes-Hospital übergeführt, wo er bis zum 1. August 1918, seinem Todestage (infolge von Phlegmone) blieb.

In der Familie sind Geisteskranke. Sob. selbst wurde krank, nachdem er sich sehr infolge eines verlorenen Prozesses gegrämt hatte.

Nichts Besonderes in den inneren Organen sowie im Nervensystem. Die Krankheit trat bei Sob. plötzlich ein, begleitet von akuten Symptomen. Sie fing mit einem Zustand von Delirium an, der öfters durch Momente der Klarheit (lucida intervalla) unterbrochen wurde. Bald beobachtete man, daß die Symptome geringer wurden, und der Zustand des Kranken näherte sich dem, was man „paranoia hallucinatoria" nennt. Gleichzeitig bemerkte man eine Veränderlichkeit der Gemütsstimmung. Endlich wurde eine Besserung erzielt, wobei die Desorientation aufhörte und eine beständige Niedergeschlagenheit eintrat, und dann beobachtete man wieder die Rückkehr des Delirium.

F. XI. Kemp., unverheiratet, 30 J. alt, Wirtschafterin. Befindet sich im Hospital seit dem 23. September 1918 und blieb bis zum 14. April 1921, da sie in eine andere Anstalt übergeführt wurde.

Mittleren Wuchses, gut gebaut, gut genährt, rosige Gesichtsfarbe. Hat einen kleinen Kropf. Feuchtes Pfeifen in der rechten Lungenspitze. Nichts ist zu bemerken, was das Nervensystem betrifft.

Während der ersten Periode der Krankheit von Kemp. beobachtete man eine Niedergeschlagenheit, die ziemlich lange dauerte. In der nächsten Periode trat eine Wechselung von psychischen Zuständen ein, mit einer recht merkhaften Steigerung des Gemütslebens. Manche von diesen Zuständen begleitete geistige Verwirrung, Halluzinationen, Wahnideen, Speichelfluß und oft psycho-motorische Erregtheit. Von Zeit zu Zeit war die Kranke normal. Die Anwendung von Antithyreodin Moebius während der ruhigen Periode hatte eine Verschlimmerung des psychischen Zustandes zur Folge.

F. XII. Mink., 32 J. alt, Frau eines Handwerkers. War in meiner Anstalt vom 17. April 1919 bis zum 26. August 1919, da sie in einem deutlich besseren Zustande entlassen wurde.

Die Kranke hatte vor einigen Jahren einen Anfall von akuter Psychose und seit der Zeit ist sie unnormal geblieben. Nach dem Wochenbett verschlimmerte sich der Zustand der Psychose.

Die Kranke ist gut gebaut, hat rosige Gesichtsfarbe und einen Kropf von mittlerer Größe. Was das Nervensystem und die inneren Organe betrifft, war nichts zu bemerken.

Als charakteristische Merkmale der Krankheit von Mink. müssen angeführt werden: Unbeständigkeit der krankhaften Zustände und ihre Äußerung in Halluzinationen, Wahnideen, Desorientation, wie auch Momente der Klarheit. Gleichzeitig konstatierte man ein Zunehmen des Speichelflusses und erotische Erregung.

F. XIII. Giec., unverheiratet, 22 J. alt, Beamtin. Sie wurde am 28. September 1921 ins Hospital gebracht, woselbst sie sich bis jetzt befindet. Von den meisten Kollegen wurde ihre Krankheit als Katatonie und als Hebephrenie bezeichnet.

Die Mutter der Kranken war immer „nervös" gewesen.

Nichts Krankhaftes in den inneren Organen und im Nervensystem gefunden. Die Kranke ist gut gebaut und gut genährt. Die Krankheit fing, nach einer psychischen Erschütterung, mit einer Depression mit Suicidversuchen an. Im Laufe von mehreren Monaten änderte sich dieser Zustand allmählich. Die Kranke wurde schalkhaft, zuweilen aufgeregt, tanzte, sang, manchmal zerschlug und zerstörte sie, was ihr in den Weg kam, war zeitweise apathisch, rührte sich nicht oder weinte, war dabei vollkommen desorientiert, offenbarte Halluzinationen und Wahnideen, und hatte starken Speichelfluß. Dieser Zustand wurde durch einen mehrwöchigen „katatonischen Stupor" unterbrochen, in welchem aber die Kr. sich energisch gegen die Stiche wehrte.

Zweimal beobachtete man einen normalen psychischen Zustand, der eine halbe Stunde dauerte und jedesmal nach Weinkrämpfen und Gemütserregungen stattfand. Die Regeln waren normal.

Im Laufe des Jahres 1923 beobachtete man, daß die Zustände der Gereiztheit in einer gewissen Regelmäßigkeit wechselweise Zuständen der Betäubung folgten. Jeder Zustand dauerte etwa 2 Wochen.

Nach einem dreimonatigen Gebrauch von Ovarium-Extrakt (Agomensine *Ciba*) hörte diese Veränderlichkeit des Zustandes der Kranken auf, und gegenwärtig befindet sie sich in einer Betäubung mittleren Grades.

F. XIV. Wiel., unverheiratet, 32 J. alt, Tochter eines Beamten. Die Mutter ist geisteskrank. In der Kindheit hatte Wiel. Masern und starke Lungenentzündung.

Immer still, ruhig und nachdenklich. 1912, nachdem ihre Verlobung auseinander gegangen war, erkrankte Wiel. an einem „nervösen und geistigen Leiden und Gereiztheit". Die Krankheit dauerte 10 Monate. Die Kranke war darauf im Laufe einiger Monate gesund.

Seit dem 10. Juni 1918 ist sie im Hospital, wo sie sich bis heute befindet. Von mehreren Irrenärzten ist die Diagnose Dementia praecox gestellt worden.

Wiel. ist von gutem Wuchs, gut genährt, hat rosige Gesichtsfarbe, keine Veränderungen in den inneren Organen und im Nervensystem. Die Regeln sind normal. Hat einen kleinen Kropf.

Außer einige Male bei der Kranken vorgekommener Momente der Klarheit, ist eine Reihe von krankhaften Zuständen vermerkt worden, die sich kaleidoskopisch wechselten. Oft beobachtete man, daß an einem und demselben Tage ihr Zustand sich mehrmals änderte.

Man hat bei Wiel. die folgenden psychischen Zustände unterschieden:
I. Zustände der Niedergeschlagenheit. 1. Die Kranke ist traurig, ruhig,

natürlich. 2. Sie ist bedrückt, ruhig, affektiert, macht Grimassen, hält sich aufrecht oder sitzt in gebeugter Stellung, lispelt und ist albern im Sprechen. 3. Die Kranke ist bedrückt, ruhig, benimmt sich automatisch, hat einen gedankenlosen Gesichtsausdruck, zieht Fäden aus ihrem Kleide aus, gedankenlos macht sie Knoten, ist desorientiert. 4. Die Kranke ist bedrückt und ein wenig erregt, affektiert, gibt unartikulierte Laute von sich (a ! a !), wiederholt mehrmals eine Handbewegung, zuweilen spaziert sie herum, das Gesicht ist in eine Grimasse verzerrt. 5. Die Kranke ist in einem Zustand von tiefer Gemütserregung, in Verzweiflung, stöhnt laut, schlägt sich den Kopf, reißt sich die Haare aus, zerreißt ihre Kleider, erkennt niemanden, geht viel herum, sagt z. B. „Teufel quälen mich, lassen mich nicht in Ruhe", unterdessen sind ihre Bewegungen, wie auch ihr Gesicht und ihre Sprache natürlich. — II. Euphorische Zustände. 1. Die Kranke ist in einem euphorischen Zustande, etwas gereizt, ihre Gesichts-Mimik und ihre Sprache sind affektiert. 2. Die Kranke ist in einem euphorischen Zustande, ein wenig gereizt, affektiert, geht herum, lächelt, geht herum in gebückter Haltung, die Hand auf die Hüfte gestützt. 3. Die Kranke ist in einem euphorischen Zustande, sehr gereizt, natürlich, geht herum, singt, will tanzen, hat einen träumerischen Gesichtsausdruck, orientiert sich schwach. — III. Zustände der Gereiztheit. 1. Die Kranke ist gereizt, aber ruhig, nur wenn sie angesprochen wird, äußert sie ihre Unzufriedenheit und ihre Irritation. 2. Die Kranke ist in einem Zustand sehr ausgesprochener Gemütserregung, ist gereizt, aggressiv. — IV. Andere Zustände. 1. Die Kranke ist ruhig, nachdenklich, man kann keine Euphorie, noch Niedergeschlagenheit oder Irritation bemerken. 2. Zu erwähnen sind noch Erscheinungen von Gramgefühl, Zärtlichkeit, Träumerei, Schmachten, und zuweilen Geziertheit ihrem Arzt gegenüber.

In allen diesen Zuständen war die Kranke desorientiert, halluzinierte oft, behauptete manchmal, sie sei der Heiligen Jungfrau gleich, sie müsse der Heiligen Jungfrau in ihrer Arbeit helfen.

Im Anfang des Jahres 1924 wurden der Kranken im Laufe von mehreren Monaten Injektionen vom Auszug aus Drüsen mit innerer Sekretion — Thyreoidea, Ovarium — gemacht. Eine Veränderung wurde im Zustand der Kranken bemerkt; sie verlor ihre krankhafte Beweglichkeit und ihr Zustand wurde ziemlich gleichmäßig, ruhig, hatte jedoch einen krankhaft niedergeschlagenen Charakter.

Erst gegen Ende des Jahres 1924 beobachtet man wieder schwache und selten erscheinende Zustände krankhafter Gereiztheit.

F. XV[1]). Biel., 32 J. alt, Beamter. Die Mutter war geisteskrank und hat auch jetzt einen „wunderlichen Charakter". Zwei Schwestern starben an „Gehirnkrankheiten". Seine noch lebenden drei Brüder und eine Schwester sind alle sehr nervös.

In der Zeit zwischen seinem 12. und 23. Lebensjahr litt Biel. an Kopfschmerzen. Vor 16 Jahren unterlag er einer Lues-Ansteckung. Ungefähr in derselben Zeit hatte er epileptische Anfälle mit Verlust von Bewußtsein, Schaum im Munde, Amnesie. Ähnliche Anfälle wiederholten

---

[1]) 1918 wurde dieser Fall in der „Gazetta Lekarska", Nr. 36 beschrieben.

sich oft während der nächsten Jahre. Der Kranke ist gut gebaut und hat rosige Gesichtsfarbe. Keine Veränderungen in den inneren Organen und im Nervensystem. Bordet-Wassermann sowie Kromayer-Trinchese im Blute und in der zerebrospin. Flüssigkeit negativ, Nonne-Appelt schwach positiv. Zunahme der weißen Blutkörperchen (2430 in 1 cm^3). Biel. war bisher drei Male psychisch krank (in den Jahren 1907, 1917, 1924), jedesmal dauerte seine Erkrankung mehrere Monate an. Jedesmal begann die Erkrankung von Biel. plötzlich, mit einem Zustand, der ähnlich war einer maniakalischen Erregung. Später kam eine Phase von verschiedener Intensität, die man als Delirium, paranoia acuta oder par. hallucinatoria bezeichnen könnte. Schließlich brachten alle diese Zustände einen Zustand von Depression, in welchem aber Desorientation und Halluzinationen beibehalten wurden.

Die Beobachtungen haben in den Erkrankungen von Biel. die folgenden Symptome festgestellt: 1. Psychomotorische Erregung in der ersten Periode der Erkrankung und eine Depression in der zweiten Periode, 2. Halluzinationen und Größenwahn (königliche Berufung), 3. Desorientation und 4. plötzliche Momente der Klarheit von kurzer Dauer (lucida intervalla) mit 5. gutem Gedächtnis, lebhafter Denkweise und Rechenfähigkeit.

In der ersten Periode seiner Krankheit wurden auch noch die folgenden Symptome beobachtet: 1. eine bemerkbare Veränderlichkeit des Gemütslebens, unabhängig vom Gegenstand der Unterhaltung; die Affekte sind stärker und intensiver; Affektzustände der Angst und der Gereiztheit wiederholen sich oft; von Zeit zu Zeit kurzdauernde, aber sehr ausgesprochene Zustände der Niedergeschlagenheit und Weinkrämpfe. 2. Zustände des Begehrens sehr ausgesprochen und veränderlich: heißes Verlangen jeden Augenblick nach was anderem, großer Durst. 3. Eine bemerkbare Neigung des Kranken, Gegenstände, mit denen er in Berührung kommt, zu zerstören, sich zu zanken und die Umgebung zu schlagen. Biel. zerstörte, zerriß, biß alles, auch wenn er nicht in einem gereizten Zustand war.

F. XVI. Dubr., 30 J. alt, Staatsbeamter. Trat in die Irrenanstalt am 10. November 1922 ein.

Die Familie des Kranken war stets „nervös" veranlagt. Er selbst war von Kindheit an „nervös" und „exaltiert".

Der Kranke ist gut gebaut, gut genährt. Die inneren Organe gesund. Die rechte Pupille ist stärker erweitert als die linke. Eine kleine Geschwulst in der Gegend der Schilddrüse. Normaler Urin, negative Bordet-Wassermannsche Reaktion des Blutes und der zerebrospinalen Flüssigkeit. Die Erkrankung begann nach einer moralischen Erschütterung. Nach mehreren schlaflosen Nächten fing Dubr. an zu behaupten, daß man ihn beobachtet, schikaniert, er fürchtete verhaftet zu werden.

Der Kranke wurde gereizt, sprach viel, war fröhlich, aber ärgerte sich leicht und schrie dann mächtig oder war gerührt und weinte. Offenbarte Größen- und Verfolgungswahn. Das Gedächtnis, die Rechenfähigkeit, das Verstehen und die Sprache waren normal. Dieser Zustand änderte sich bald. Der Kranke wurde desorientiert, lehnte alle Nahrung ab, da er fürchtete vergiftet zu werden. Er hielt sich für den Gesalbten des

Herrn, wollte seinen Arzt zum Minister machen. Von Zeit zu Zeit hatte er einen Angstanfall. Zuweilen Zornanfälle. Manchmal Anfälle der Traurigkeit, während welcher der Kranke weinte. Meistens war er guter Laune. Das Selbstgefühl war gesteigert. In diesem Zustande sprach der Kranke in mehreren Sprachen, war zynisch, machte Verse. Von Zeit zu Zeit kam es dem Kranken vor, daß jemand ihm Befehle gibt, die er ausführt. So hat er auf Befehl des Antichristen den Ofen zerstört. Er hörte Stimmen und Laute, die ihm von der Vorsehung kommen. Er sieht auf der Wand das Bild eines Schädels, eines Skeletts, das Auge der Vorsehung, einen Sarg. Der Kranke war oft ruhig, benahm sich ziemlich anständig. Allmählich besserte sich der Zustand des Kranken. Er hörte auf, Sachen zu zerbrechen, wurde ruhiger, gleichmäßiger und äußerte mit geringerer Sicherheit Ideen seiner Größe. Der Schlaf wurde ruhiger, der Appetit besser. Am 28. Juli 1923 verließ der Kranke die Anstalt als gesund und bis zur jetzigen Zeit arbeitet er in seinem Bureau.

F. XVII [1]). Rad., 71 J. alt, Witwe eines Kaufmanns. Ihre Mutter war geisteskrank geworden im Alter von 60 Jahren. Ihre Schwester war „krankhaft eifersüchtig“ gewesen. Eine der drei Töchter der Kranken war geisteskrank und hatte sich das Leben genommen. Die zweite Tochter war mehrere Jahre in einer Irrenanstalt (ihre Krankheit ist weiter unter Fall XIX beschrieben). Die dritte Tochter ist gesund.

Rad. ist gut gebaut, ziemlich stark, hat ein rosiges Gesicht. Vergrößerung der Schilddrüse. Die Erkrankung von Rad. hatte sich im J. 1912 plötzlich in akuter Form geäußert. Im ersten Jahr der Krankheit war die Kranke in meiner Anstalt und verbrachte hier 15 Monate. Ihr Zustand wurde damals als Psychosis maniacalis dépressive bezeichnet. Seit dem Verlassen der Anstalt bleibt die Kranke in ihrer Familie.

Während 14 Jahren der Krankheit haben wir, außer einer allmählichen Schwächung des Gedächtnisses, die auch durch das Alter der Kranken gerechtfertigt ist, die folgenden Symptome beobachtet: 1. Eine große Desorientation. 2. Eine Gemütsstörung und vor allem eine Veränderlichkeit der Gefühle und ihrer Lebhaftigkeit. Die Aufmerksamkeit kann leicht abgelenkt werden. 3. Wahnideen und Halluzinationen. 4. „Lucida intervalla“. 5. Eine ganze Reihe charakteristischer Momente, wie die Gefühle von Unzufriedenheit, Traurigkeit, Furcht, Zerstörungsinstinkt. 6. Die Dauer der Krankheit und eine allmähliche Besserung müssen auch vermerkt werden.

F. XVIII. Czarn., unverheiratet, 38 J. alt, Stenotypistin, kam ins Hospital am 27. August 1921 und verließ es (als genesen) am 17. Mai 1922.

Die Kranke ist gut gebaut, hat eine gut entwickelte subkutane Fettschicht und rosige Gesichtsfarbe. Die inneren Organe und das Nervensystem ohne Veränderungen.

Die Anamnese bewies, daß die Kranke vor einigen Jahren psychisch unnormal gewesen war, wonach sie gesund wurde.

Die letzte Erkrankung von Czarn. fing plötzlich und in scharfer Form an, hatte zuerst den Charakter eines paranoischen Zustandes und

[1]) Der Fall wurde 1917 der Psychoneurologischen Sektion der Medizinischen Gesellschaft von Warschau vorgelegt.



äußerte sich nachher in Desorientation, stark ausgesprochenem und veränderlichem Gemütsleben mit einer Neigung zum Zorn und Aggression, Speichelfluß, Symptomen von Halluzinationen und Wahnideen, wie auch in vorübergehenden normalen Zuständen.

Im Hospital bezeichnete man ihren Zustand zuerst als „amentif-délirant". Später konnte ihr Zustand eher als „maniacal-amentif" bezeichnet werden.

In der letzten Zeit der Krankheit, als die Desorientation verschwunden war, trat ein Zustand leichter Niedergeschlagenheit ein.

F. XIX. M. Rad., 40 J. alt, unverheiratet, Beamtin, Tochter der Kranken F. XVII.

Gut gebaut und genährt, mit rosiger Gesichtsfarbe. Die Gegend der Schilddrüse leicht geschwollen.

M. Rad. wurde zum ersten Male geisteskrank 1910, genas aber nach 11 Monaten.

Zum zweiten Male erkrankte M. Rad. in ähnlicher Weise im Jahre 1917, seit dieser Zeit ist sie aber nicht mehr gesund; sie wird für schizophren gehalten. Nach einem mehrwöchigen depressiven Zustande (mit Unruhe, Furcht, manchmal Tobsuchtsanfällen) entwickelte sich bei M. Rad. allmählich ein Erregungszustand, in welchem sie psychomotorische Erregung, fröhliche Stimmung, Halluzinationen sowie Größen- und Verfolgungsideen äußerte und desorientiert war. Allmählich ist die Kranke ruhiger geworden, gut orientiert, zugänglich, arbeitsam, aber ihr Gefühlsleben wurde sehr variabel; die Kranke ist zügellos, zankt sich mit allen, mischt sich in alles, gerät leicht in Zorn, hält sich für die Christusbraut und die Mutter des Heilands, sieht das Haupt Jesu, hört zuweilen seine Stimme. In letzter Zeit verbesserte sich der Zustand der Kranken noch etwas.

F. XX. Ly., unverheiratet, 30 J. alt, Beamtin. War in meiner Beobachtung vom 7. März bis zum 29. März 1920.

Der Vater der Kranken ist geisteskrank. Sie selbst soll schon in ihrer Jugend psychisch krank gewesen sein. Sie war stets arbeitsam und guter Laune. Gut gebaut und genährt, mit rosiger Gesichtsfarbe; Geschwulst in der Gegend der Schilddrüse.

Im Anfang des Jahres 1920, nach einer unglücklichen Liebe, änderte sich die Stimmung der Kranken, sie wurde sehr exaltiert, oft ein wenig niedergeschlagen, mit ihrem Leben unzufrieden, verlor den Schlaf, jedoch setzte sie ihre Bureauarbeit fort.

Am 7. März, nachdem die Kranke zwei Nächte nicht geschlafen hatte, beobachtete man eine Umwälzung in ihrem psychischen Zustand. Die Kranke weinte und lachte, sang und deklamierte Gedichte mit Exaltation. Sie legte zuweilen ihre Hand aufs Herz und sagte dabei: „Hier fühl ich eine Last." Die Kranke war unnormal zärtlich mit ihrer Einwohnerin, sie küßte sie leidenschaftlich, unverschämt sprach sie von ihrer Liebe, warf sich zu Boden. Mehrere Male hatte sie ihr Dienstmädchen geschlagen, schleuderte ihren Kamm gegen den Spiegel. Behauptete, von Juden bedroht zu werden, hört durch die Wand die Stimme ihres Vaters. Den Aussagen ihrer Einwohnerin nach war die Kranke wie berauscht und betäubt, jedoch kamen Momente vor, da die Kranke ganz normal war und nicht wußte, was vorgegangen war.



Dieser Zustand ging bald vorüber, und die Kr. verließ nach ca. 3 Wochen die Anstalt als Rekonvaleszentin.

In allen angeführten Fällen stellen wir eine bedeutende Steigerung sowie die Labilität des affektiven Lebens fest. Sogar nach vielen Jahren des Krankheitsbestandes erlischt nicht und schwächt sich nicht ab das Gefühls- und Begehrungsleben unserer Kranken, sondern es bleibt stets gesteigert.

Bei einigen der beschriebenen Fälle traten die Störungen auf dem Affektgebiete auf den ersten Plan auf, — so z. B. in F. F. XIV und XVII, wo diese Störungen von großer Intensität waren, wie auch in F. F. VI und XVIII, XIX, XX, in welchen die Steigerung des Affektlebens, trotzdem sie etwas weniger als in den vorigen zwei Fällen hervortrat, doch das Hauptsymptom bildete.

In F. F. XIII, XV und XVI (in den Exzitationsperioden) wurde das stark gesteigerte Gefühlsleben von einer gleich starken psychomotorischen Erregung begleitet.

In den übrigen Fällen war das eine deutliche Steigerung aufweisende Emotionsgebiet durch andere Störungen gewissermaßen überhöht, so in F. F. VII, VIII, IX, XI, XII durch die deliriösparanoischen, in F. F. I, II, III, IV, V durch die schizophrenischen Störungen.

Von den Affektqualitäten wurden bei unseren Kranken folgende beobachtet:

1. Der Zorn, mit der Aggressivität und der Zerstörungslust. Dieser Affekt war bei den Kranken mit den vorherrschenden deliriösen Erscheinungen (F. F. VIII, IX, X, XI, XII) weniger auffallend als bei den übrigen Fällen. Die Kranken I, IV, VI, X, XVI wurden, sobald ihnen in der Unterhaltung irgend etwas nicht paßte, zornig; sie waren sehr leicht zu beleidigen. Die Kranke XIV, wenn sie z. B. gefragt oder berührt wurde, konnte sogar aus der tiefsten Depression in einen starken Zorn und Aggressivität übergehen. Diese Kranke sowie der Kranke XV zerrissen und zerstörten Gegenstände ihrer Umgebung oft auch in Zuständen einer leichten ruhigen Depression, mit begleitender Desorientierung.

2. Die Depression. Es gab depressive Zustände verschiedener Grade und Qualitäten, — von einer einfachen leichten Verstimmung, mit längerem Nachdenken, bis zu den tiefsten Verzweiflungszuständen, in welchen die Kranken bitterlich weinten, sich die Haare aus dem Schädel herausrissen, mit den Händen an den Kopf schlugen, verzweifelt klagten und seufzten. — In Fällen IV, VI, XIX begann

die akute Psychose mit einer einfachen, mehrere Wochen dauernden Depression mittleren Grades; sie war mit Versündigungsideen und Suizidversuchen verbunden. In F. XV war eine mehrwöchige Depression mit geschwächter Orientierung das Endstadium der Erkrankung. — Auch genasen F. F. IX und XVIII nach einer leichten Enddepression. Im F. X erschien nach Verschwinden der akuten Störungen eine leichte Verstimmung mit guter Orientierung und dauerte mehrere Tage hindurch, worauf sich der ganze psychische Zustand wiederum verschlechterte.

3. Die *Angstzustände*. Die Befürchtnngen der Kranken waren gewöhnlich unbestimmt und unmotiviert. Die Kranken II, XV, XVIII sagten: „Ich fürchte mich und weiß nicht warum".

4. Manchmal traten auch Zustände einer besonderen *Gefühlsempfindlichkeit* auf und 5. die *euphorischen Zustände*, von den schwächsten, mit der psychomotorischen Ruhe verbunden, bis zu den starken von dem gehobenen Selbstgefühl sowie oft, z. B. in F. F. XV, und XVI von der psychomotorischen Erregung begleiteten, auf.

Die erwähnten Affektzustände unserer Kranken wurden durch eine bedeutende *Variabilität und Labilität* besonders charakterisiert. Das mehrwöchige Dauern der Anfangsdepression in F. IV, VI sowie der Enddepression in F. XV und sogar die mehrere Tage andauernden Verstimmungen in den Zuständen der Besserung in F. F. X u. XVIII waren Ausnahmeerscheinungen. Der Übergang von der Euphorie zur Depression und besonders zum Zorn und umgekehrt trat oft von Stunde zu Stunde ein. In dieser Beziehung zeichneten sich Fälle: XII, XV, XVII, XVIII, XIX, gewissermaßen auch F. F. XVI, XX, im höchsten Grade aber F. XIV, besonders aus. — Man konnte oft den Wechsel der Affekte bei unseren Kranken absichtlich hervorrufen. Die fröhliche Stimmung der Kranken ging unter dem Einflusse eines entsprechenden Gespräches in traurige über und umgekehrt: es gelang oft durch das Ablenken der Aufmerksamkeit in einer anderen Richtung, durch Komplimente, Belobungen usw. in einem verstimmten Kranken ein Lächeln und fröhliche Stimmung hervorzurufen. Auch Zornaffekt brach stets nur unter Einwirkung der äußeren Einflüsse aus.

Es muß überdies betont werden, daß die depressiv-deliriösen Erregungen des F. XI sowie die euphorisch-deliriösen Erregungen des F. XIII einige Tage andauerten.

Außer der Steigerung und Labilität des Affektlebens war die

Desorientiertheit das häufigste Symptom bei den beschriebenen Kranken. Diese Desorientiertheit war keine Folge sowohl der Gedächtnis- und Wahrnehmungsstörungen, — unsere Kranken konnten in der Regel gut wahrnehmen und sich gut erinnern —, als auch der Störungen im Gedankenlaufe, — in keinem der beschriebenen Fälle waren diese Störungen so groß, daß dadurch die Orientierung unmöglich sein konnte, dabei bei einigen Kranken, wie z. B. in F. F. I und XVII, gab es überhaupt keine Assoziationsstörungen. Endlich war diese Desorientiertheit nicht etwa Folge des Beherrschens des Geistes durch Wahnideen oder Sinnestäuschungen, die bei vielen unserer Kranken, wie bei F. F. I, II, III, IV, V, VI, XIV, XV, XVII, XVIII, XIX, keine auffallende Rolle spielten.

Unsere Kranken nahmen oft sogar etwas Neues wahr, — einen neuen Mantel, einen neuen Knopf, verschiedene Gegenstände im Zimmer, eine andere Art des Sichverhaltens ihnen gegenüber usw. Aber sie bearbeiteten nicht weiter das wahrgenommene Material. Sie gaben sich nicht Rechenschaft von der Bedeutung der wahrgenommenen Gegenstände und Erscheinungen und von ihren tieferen, weiteren Relationen. Sogar nach einem langdauernden Aufenthalt in der Anstalt wußten die Kranken nicht, wo sie sich befinden und mit wem sie zu tun haben. — Die Desorientiertheit unserer Kranken erinnerte am besten an die des Delirium tremens oder der epileptischen Dämmerzustände. — In der Desorientiertheit der beschriebenen Kranken konnte man verschiedene Grade unterscheiden. In ihren deliriösen Zuständen erkannten die Kranken sogar nicht die ihnen seit langem gut bekannten Personen und Gegenstände (z. B. F. F. VII, X, XIV). In der Regel aber bezog sich diese Desorientierung auf die neue Umgebung, mit welcher die Kranken schon, als Kranke, in Kontakt getreten sind, sowie auf den Zeitraum seit ihrer Erkrankung. — Im F. XX hatten wir schwächsten Grad der Störung in der Orientierung: die Kranke war wie „betäubt" oder „betrunken". Einige der beschriebenen Kranken verhielten sich nach der Genesung oder in hellen Momenten (lucida intervalla) wie nach einem Traume. So sagte die Kranke V nach der Genesung: „ich war wie im Traum". Die Kranken VII, X, XVII wußten in ihren lucida intervalla nicht, was mit ihnen geschah und wie sie in die Heilanstalt gelangten.

Die dritte Art der Störungen bei unseren Kranken bildeten die Wahnideen und die Sinnestäuschungen. Diese Störungen wurden in einem größeren oder geringeren Maße beinahe bei allen

beschriebenen Kranken festgestellt. Am häufigsten traten sie in den deliriösen Zuständen der F. F. VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIV, XVIII auf. Weniger häufig waren sie in den nicht deliriösen Zuständen dieser Fälle sowie in den F. F. I, II, III, V, VI, XV, XVI, XVII. Nur vereinzelt wurden diese Störungen im F. XX sowie bei der Kranken XIX in ihrer letzten Erkrankung festgestellt. Im F. IV stellte man die Wahnideen fest, es gelang aber nicht, die Sinnestäuschungen sicher zu konstatieren. Dagegen wurden in F. F. I, II, XVIII die auf das Vorhandensein der Sinnestäuschungen hinweisenden Beobachtungen gemacht, man stellte aber nicht mit Sicherheit Wahnideen fest. — Die Sinnestäuschungen bezogen sich auf verschiedene Sinne. Im F. XIV gab es Täuschungen auf dem Gebiete der organischen Sinnesempfindungen seitens der Bauchorgane. Eine bedeutende Rolle spielten die Gesichtstäuschungen. Sie wurden, nebst den Gehörstäuschungen, bei 12 Kranken, F. F. I, II, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIV, XVI, XVIII, XIX konstatiert. In den übrigen Fällen: III, IV, V, VI, XIII, XV, XVII, XX wurde es nicht sichergestellt, ob Gesichtstäuschungen vorhanden waren. — Die Gehörshalluzinationen enthielten verdrossene, an den Kranken direkt gerichtete Worte. — Bei den Wahnideen unserer Kranken spielte der Größenwahn mit absurdalem Inhalte eine bedeutende Rolle. So hielt sich der Kranke X während längerer Zeit für Gott. Die Kranken I, IV, XIV, XIX, hielten sich für Gottesmutter oder Gottesweib. Die Kranken VII und XV glaubten Könige zu sein. Der Kranke XVI war bedeutender, als Reichspräsident. Der Kranken XII gehörten während ihrer Erregungszustände alle Häuser und die ganze Hauptstadt. Der Kranke IX war ein berühmter Maler und Besitzer eines riesigen Vermögens. Die Größenideen unserer Kranken waren gewöhnlich variabel und vorübergehend. Nur bei F. F. XV, XVI erreichten sie, nach einer anfänglichen Variabilität eine gewisse Dauerhaftigkeit und wurden geistig in gewissem Grade verarbeitet. Dabei blieb der Kranke XV König auch in seinem depressiven Endzustande. Derselbe Kranke XV gab in seinem normalen Zustande an, daß er zur Überzeugung über seinen königlichen Beruf nach einer Gehörshalluzination gekommen ist. Der Kranken XIX sagte eine Stimme, sie sei Christusbraut. — Die beschriebenen Kranken wiesen oft auch vorübergehende Verfolgungsideen auf; sie seien vergiftet, gequält, bedroht usw., was besonders in F. F. V. XI, XVII, XX festgestellt wurde. — Die Kranke IV äußerte in ihrem anfänglichen Depressionszustande Selbstanklagen und -vorwürfe.

Die vierte charakteristische Eigenschaft der beschriebenen Kranken war das Vorkommen der „hellen Lücken“ (lucida intervalla). Sie wurden in 16 Fällen, nämlich in F. F. I, II, III, IV, VI, VII, VIII, IX, X, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII sicher festgestellt, konnten aber nur in F. F. V, XI, XIX und XX nicht mit Sicherheit konstatiert werden.

In der Regel traten die hellen Intervalle plötzlich auf, ohne sichtbare bestimmte Ursache, oft während der größten Steigerung der krankhaften Erscheinungen. Bei der Kranken III kam die „helle Lücke“ nach einem warmen Bade und darauf folgenden feuchten Wicklungen vor, dabei soll die Kranke nach der Angabe der Pflegerin „Konvulsionen“ gehabt haben. Die Kranke XVII hatte ihr erstes „lucidum intervallum“ eine Stunde nach ihrer Überbringung in ein anderes Zimmer, ihr zweites unmittelbar nach einer ungemein starken Erregung, mit Geschrei, Ängstlichkeit, bald nachdem sie einen früher, in ihren gesunden Zeiten bekannten Arzt gesehen hatte. Dieselbe Kranke hatte, gemäß den Angaben ihrer Tochter, nach dem zehnjährigen Bestehen der Krankheit, bei einer bedeutenden Besserung im psychischen Zustande, alle 1—2 Wochen „einen Tag der durchleuchtenden Gesundheit“. — Der Kranke X war im Beginn seiner Erkrankung, fast jeden Abend normal. — Der Kranke IX war am Abend des Tages, an welchem er erkrankte, sowie zwei Tage darauf, bald nach der Ankunft in die Anstalt, normal. — Der Kranke XV war, bald nach Beginn der Krankheit, beinahe jeden Tag während einiger Stunden ganz normal. — Die hellen Intervallen bei unseren Kranken dauerten gewöhnlich stundenlang. Die größte Dauer wurde im F. XVII konstatiert. Die Kranke wurde nachmittags eines Tages normal, schlief die ganze Nacht gut; erst am Nachmittag des nächsten Tages fing sie an allmählich in ihren gewöhnlichen krankhaften Zustand zurückzukehren. — Der Übergang der hellen Intervallen in den anormalen Zustand kam gewöhnlich langsam. — Die Kranke III ging als normale Person schlafen und war nach dem Erwachen wieder in ihrem gewöhnlichen krankhaften Zustande.

Außer den vier besprochenen, auf den ersten Plan vortretenden Symptomen unserer Kranken dürfen noch folgende hervorgehoben werden: 1. Die veränderte Personalität. Diese Veränderung war in F. F. I, II, III, IV, V, VI, IX besonders auffallend. In den ersten drei von diesen Fällen wurden Koprolalie und Koprophagie, in den übrigen vier Fällen der Mangel von Schamgefühl konstatiert.

2. Auf dem intellektuellen Gebiete wurden konstatiert:

a) Das Behalten der Wahrnehmungsfähigkeit: die Kranken perzipierten leicht Gegenstände und Vorgänge in der Umgebung; b) ein gewisses Interesse für die Umgebung sowie eine Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit; die letztere trat übrigens in den deliriösen Zuständen (F. F. VII, VIII, X, XI), wenig hervor; c) oft eine gut behaltene Rechen- und -Argumentierungsfähigkeit, z. B. in F. F. I, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX; d) in dem Gedankenlaufe der F. F. II, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVIII ständig oder vorübergehend die Zeichen der Ideenflucht, die in F. F. IX, XV, XVI, besonders dank einer bedeutenden Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit sowie dem deutlichen Hinlenken derselben nach außen, einer rein maniakalischen ähnlich war. — In den F. F. I, IV, VI, XVII, IX, XX, sowie bei der Kranken XVIII, in ihrem späteren Stadium der Erkrankung, fand die Ideenflucht nicht statt. — In Fällen: I, IV, V hatte der Gedankenlauf den Eindruck eines inkohärenten. — Die Ideenflucht der Kranken VII, VIII, X, XI, XII, XIII, XIV, in ihren Erregungszuständen, sowie der Kranken XVIII, in erster Zeit ihres Verbleibens im Krankenhause, hatte mehr den Charakter einer deliriösen: es fand eine verminderte Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit statt, und der Inhalt der Gedanken bezog sich hauptsächlich auf die Gegenstände der Wahnideen und Halluzinationen oder auf die früheren Lebensereignisse der Kranken.

3. In der Sprache der beschriebenen Kranken konnten folgende Elemente konstatiert werden: a) das Wahrnehmen der äußeren Gegenstände und Vorgänge; — b) die Gedächtnis-Assoziationen über längst passierte Geschehnisse; — c) die reinen Phantasie-Assoziationen; — d) die sich auf die Sinnestäuschungen (vor allem des Gesichts und Gehörs) sowie auf die Wahnideen beziehenden Assoziationen; endlich e) die Elemente und Zeichen der Bewußtseinstrübung und Desorientierung. — Die angeführten Elemente traten in unseren Fällen mit verschiedener Intensität auf. — Die Sprache einiger Kranken z. B. XV, XVI wies deutliche Zeichen einer Ideenflucht auf und äußerte oft auch Affekte der Furcht und des Zorns, somatische Sensationen (F. XIV) sowie Autismus (F. F. I, II, III, IV) auf.

4. Auf dem motorischen Gebiete beobachtete man eine starke Erregung in den deliriösen Zuständen der Kranken VII, VIII, XI sowie in den Aufregungszuständen der Kranken XV, XVI — und die Erregung mittleren Grades bei den Fällen: IX, X, XII, XIV, XVIII in ihren deliriösen Zuständen sowie manchmal bei der Kranken V.

5. Bei einigen der beschriebenen Fälle wurden noch folgende

Erscheinungen konstatiert: a) eine erotische Erregung, welche in einer groben Weise bei Kranken: I, II, IV, IX, in einer mehr idealen Form in Fällen: X, XII, XIV, XVII, XX auftrat. Die Kranke IV, auf der Höhe der Entwicklung ihrer Krankheit, warf, in der Anwesenheit der Männer, ihre Kleider ab; im Stadium der in vielen Richtungen aufgetretenen Besserung zeigte sie ihre erotische Erregung dadurch, daß sie dem Arzte Komplimente sagte, sich an seine Arme drückte, ihn küssen wollte usw.; b) eine gesteigerte Eßlust, welche besonders in F. F. VIII, XV, XVI beobachtet wurde; c) Salivatio, welche in F. F. I, II, III, V, XI, XII, XVII, XVIII, XIX deutlich auftrat; d) der Ausfall der Haare bei der Kranken II; e) die Schwellung der Schilddrüsen-Gegend bei den Kranken: I, VII, IX, XII, XVI, XVII, XIX, XX — endlich f) kann notiert werden, daß die Kranken: I, II, IV, V, VII, VIII, X, XI, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX gut gebaute, mit entwickeltem Fettgewebe, oft rotbackige Personen und im allgemeinen expansive Naturen waren. —

Die oben angeführten Krankheitserscheinungen zeigten sich gewöhnlich gruppenweise; dabei gewannen einige von ihnen infolge bedeutender Verstärkung ein Übergewicht im Verhältnis zu den anderen Symptomen. Auf diese Weise gestalteten sich kürzer oder länger dauernde Krankheitszustände. Unter den angeführten Fällen finden wir eine ganze Reihe solcher Krankheitszustände.

Wir haben hier, wie schon gesagt, Gemütszustände verschiedener Grade und Abstufungen, gleicherweise depressive Zustände, wie auch euphorische, mit oder ohne Begleitung von psychomotorischer Erregung. — In den Fällen II und VII sind vorübergehende Zustände kataleptischen Stupors konstatiert worden. Die Kranken der Fälle VII, VIII, IX, X, XI, XII und XIV waren meistenteils, oder oft, in delirio-paranoischen Zuständen mit Trübung des Bewußtseins, Halluzinationen, Wahnideen und oft psychomotorischer Erregung. — Die Zustände, die in den Fällen I, II, III, IV, V und VI und oft in den Fällen XIII und XIV hervortraten, hatten einen hebephreno-schizophrenischen Charakter, mit Koprolalie, zuweilen Koprophagie, schamlosem Benehmen, zuweilen Maniriertheit, Speichelfluß, deliriösen Ideen, Halluzinationen, kindischem Benehmen. —

Je nach dem Übergewicht dieser oder jener Krankheitszustände kann man in den angeführten Fällen verschiedene Gruppen oder Krankheitstypen unterscheiden. — Die Fälle VII, VIII, IX, X, XII, XIII und XIV können zu dem delirio-paranoischen Typus, mit

Desorientation, verschiedenen Sinnestäuschungen, Wahnideen und oft psychomotorischer Erregung als Hauptsymptome, gezählt werden. Es muß dabei erwähnt werden, daß in den Fällen XI, XII, XIII und XIV wir es mit deliriösen Zuständen, die mehr oder weniger periodisch hervortraten, zu tun haben. In dem Fall VIII war die Kranke in der ersten Periode ihres Leidens in einem ausgesprochen deliriösen Zustand; später konnte der Zustand dieser Kranken als „Paranoia hallucinatoria" bezeichnet werden. — Die Fälle XV, XVI, XVII, XVIII, XIX und XX gehören zu dem manisch-depressiven Typus, wobei die am meisten hervortretenden Symptome gesteigertes Gefühlsleben und oft psychomotorische Erregung waren; die Fälle XV und XVI erinnern am meisten an rein manische Erregungen. — Die Fälle I, II, III, IV, V und VI, mit ihrer Koprolalie und zuweilen Koprophagie, Speichelfluß, Größenwahn, hebephrenischem Benehmen, Stupor (Fall II), Unzugänglichkeit — können als Beispiele des schizophrenischen Typus betrachtet werden.

Zwischen den drei Krankheitsgruppen oder Typen, die wir unterscheiden können, finden wir Übergangsformen. So hatte z. B. die Kranke in Fall III in der ersten Periode ihrer Krankheit vorherrschend delirio-paranoische Symptome und in der zweiten Periode ihrer Krankheit war schizophrenisches Benehmen vorwiegend. In Fall VII konstatierte man bei dem Kranken, neben einem vorherrschend deliriösen Zustand, einen dauernden Zustand von kataleptischem Stupor. In Fall XIII wurden außer deliriösen Zuständen auch deutlich hervortretendes hebephrenisches Benehmen beobachtet. — Die, infolge eines gesteigerten und labilen Gemütslebens und einer gewissen psychomotorischen Erregung, zu der manisch-depressiven Gruppe zugerechneten Fälle XIX und XX näherten sich durch ihre ausgeprägten Wahnideen und hebephrenisches Benehmen der schizophrenischen Gruppe. — Die zu der manisch-depressiven Gruppe zugerechneten Fälle XV und XVII nähern sich durch bedeutende Trübung des Bewußtseins der Kranken der deliriösen Gruppe; und die von mir zu der deliriösen Gruppe zugezählten Fälle IX und X erinnern durch ihr lebhaftes Gemütsleben und psychomotorische Erregung an die manisch-depressive Gruppe. — Der der deliriösen Gruppe zugezählte Fall XIV kann als ein mittlerer Fall in bezug auf diese drei Gruppen betrachtet werden; der deliriöse wie auch der manisch-depressive und auch der schizophrenische Zustand treten bei dieser Kranken beinahe gleich stark hervor.

Der Verlauf der Krankheit in den angeführten Fällen war verschieden. In den Fällen: II, III, V, VII, VIII, IX, X, XV, XVI und XVII, die zu allen drei Typen gehören, fing die Krankheit mit einer akuten Erregung an; in den Fällen III und VII war der Anfang sogar furibund. Später wurde die Erregung schwächer. — Im Fall IX verschwand die Psychose vollkommen in kurzer Zeit, ca. in zwei Wochen. In den Fällen V, XV und XVI trat gleichzeitig mit einer allmählichen Schwächung des akuten Zustandes eine Besserung ein und nach einigen Monaten die Genesung. — Bei den übrigen Kranken wurde eine deutliche Tendenz zur Besserung konstatiert, sogar wenn das Leiden mehrere Jahre dauerte, wie es besonders im Fall VI und XVII zutage trat. — In einer anderen, weniger zahlreichen Gruppe von Fällen, zu der die Fälle I und IV des schizophrenischen Typus und auch in einem gewissen Maß Fall XX des manisch-depressiven Typus mit Übergang zu dem schizophrenischen Typus gehören, fing die Krankheit weniger scharf und mit Niedergeschlagenheit an, nahm allmählich an Intensität zu, um wieder schwächer zu werden und zur Besserung zu neigen. — In 5 von den beschriebenen Fällen (V, XII, XV, XVIII und XIX) hatten wir mit einem Rückfall der Krankheit zu tun, dabei ist bezüglich der Fälle V, XV und XVIII konstatiert worden, daß die Kranken nach den vorherigen Krankheitsperioden psychisch vollkommen gesund gewesen waren.

Wie unter den Fällen, die einen vorübergehenden, zirkulären Verlauf hatten, so auch unter denjenigen, wo der Verlauf der Krankheit beständig und langdauernd war, waren alle die drei verschiedenen Typen repräsentiert. — Von der Anzahl der Kranken, deren Krankheit einen vorübergehenden, zirkulären Verlauf hatte, gehört der Fall V zu dem schizophrenischen Typus, die Fälle XV, XVI, XVIII und XX — zu dem manisch-depressiven Typus, und der Fall IX — zu dem delirio-paranoischen Typus. — Von der Anzahl der Kranken, deren Krankheit einen beständigen, langdauernden Verlauf hatte, gehören die Fälle I, II, III und IV zu dem schizophrenischen Typus, Fall XVII — zu dem manisch-depressiven Typus und die Fälle VII, VIII, XI, XII, XIII und XIV zu dem delirio-paranoischen Typus. —

Die beschriebenen Kranken waren in der Regel ziemlich gut genährt, oft korpulent und mit rosiger Gesichtsfarbe, dem „pyknischen“ Typus von Kretschmer entsprechend[1]). Nur die Fälle III und X stellten in dieser Beziehung eine gewisse Ausnahme vor.

---

[1]) *E. Kretschmer*, Körperbau und Charakter. III. Auflage. Berlin 1922. Julius Springer. Seite 22—28.

Unter den beschriebenen Kranken waren 15 Frauen und 5 Männer.

Die im Alter von 59 Jahren geisteskrank gewordene Kranke im Fall XVII war die älteste unter den angeführten Kranken. Die Kranke im Fall XIII, die im Alter von 22 Jahren erkrankte, war die jüngste unter den Kranken. Außerdem haben wir zwei Fälle im Alter von ca. 50 Jahren und vier Fälle gegen 40 Jahre. Die übrigen 12 Fälle sind im Alter unter 40 und über 22 Jahre.

In ätiologischer Beziehung muß hervorgehoben werden, daß bei den Kranken in den Fällen: I, IV, VII, X, XIV, XV, XVI und XX — sich die Geisteskrankheit nach größeren oder geringeren moralischen Erschütterungen oder Enttäuschungen äußerte.

Der Tod fand in sieben von den beschriebenen Fällen statt: 1. in vier Fällen: II, III, IV und VII starben die Kranken infolge von Schwindsucht; 2. im Fall I trat der Tod infolge einer Grippe ein, im Fall X infolge von allgemeiner Entkräftung und einer Phlegmone und im Fall VIII infolge von allgemeiner Entkräftung.

Von den 15 kranken Frauen war bei 11 unter ihnen die Menstruation konstatiert worden; bei 3 hat man davon keinen Vermerk gemacht, und 1 der Frauen war im klimakterischen Alter.

In Hinsicht auf die erbliche Belastung ist konstatiert worden: 1. In 8 Fällen (I, IX, X, XIV, XV, XVII, XIX und XX) waren bei den Vorfahren der Kranken oder in den Nebenlinien der Familie Fälle von Geisteskrankheit vorgekommen; 2. in 4 Fällen (II, IV, XIII und XVI) gab es in der Familie Glieder, die „nervös", „exzentrisch", „Sonderlinge" waren; in Fall IV war die Mutter der Kranken „außergewöhnlich fromm" und der Vater trank, den Aussagen nach; 3. in den übrigen 8 Fällen hatte man keine genügende Auskunft.

In bezug auf den Verlauf der Krankheit der beschriebenen Kranken sind die folgenden Beobachtungen gemacht worden: 1. Bei der Kranken im Fall VIII, die in der ersten Periode der Krankheit in einem akuten deliriösen Zustand war, in der zweiten Periode — in einem Zustand, der als „Paranoia hallucinatoria" bezeichnet werden kann, — trat zwischen den beiden Zuständen eine klinische Verwandtschaft und ein enger Zusammenhang ein, der wohl nur auf dem Unterschied der Intensität beruhte. Eine ähnliche Beziehung zwischen den beiden Zuständen konnte auch bei der Kranken im Fall X beobachtet werden.

2. Die Kranke im Fall XIX in der letzten Periode ihrer Krankheit, die Kranke im Fall XX während der ganzen Zeit der Krankheit, die Kranke im Fall IV in ihrer anfänglichen Depression und einige andere

Kranke während ihrer letzten Depressionen — offenbarten die Gesamtheit der wichtigsten Erscheinungen, (d. h. Steigerung sowie Variabilität und Labilität des Gemütslebens, Wahnideen und Halluzinationen und Desorientation), undeutlich oder auch gar nicht, so daß in diesen Fällen die Diagnose auf Berücksichtigung des ganzen Verlaufes der Krankheit und einer genauen und gründlichen Analyse des Zustandes der Kranken beruhen mußte. Die oben angeführte Gesamtheit der Erscheinungen trat deutlich und vollständig in Fällen hervor, in denen die Krankheit eine gewisse Intensität errang.

3. Die Schamlosigkeit im Benehmen und in der Rede bei den Kranken, z. B. im Fall III, IV und VI, verschwand allmählich, der allgemeinen Besserung ihres psychischen Zustandes gemäß, sie war daher augenscheinlich ein Symptom von tieferen psychischen Veränderungen.

4. Desorientation erschien oft, z. B. in den Fällen I, IV, VI und XV, nicht in der ersten Zeit der Krankheit, sondern zeigte sich mit der Entwickelung der Krankheit, verschwand gewöhnlich vor dem Ende der Krankheit, wie auch stets in Perioden bedeutender Besserung, und im Fall XIX fehlt sie während der ganzen letzten Periode der Krankheit. Die Desorientation zeugte daher von einer gewissen Verstärkung der Krankheit bei unseren Kranken.

5. Bei einigen Kranken, z. B. in den Fällen I, VI, X, XIII, XV, und XVII konnte beobachtet werden, daß sie nach ein paar Stunden lang dauernden Momenten der Klarheit (lucida intervalla) in ihren Krankheitszustand zurückkehrend, sich etwas besser orientierten, besonders in bezug auf Gegenstände, Orte und Personen, die sie während der Momente der Klarheit kennengelernt hatten. Man gewann den Eindruck, daß die in den Momenten der Klarheit errungenen Orientationskenntnisse von den Kranken im Gedächtnisse behalten und später während der Krankheit in Erinnerung gebracht worden wären. Dieser Umstand ist von Bedeutung sowohl bei der Prüfung der Orientierung und der Trübung des Bewußtseins der betreffenden Kranken, besonders solcher, die lucida intervalla durchmachen, wie auch nicht weniger bei der Interpretation der bei solchen Kranken zuweilen vorkommenden, sogenannten doppelten Orientation. In den Fällen jedoch, wo die Krankheit sich sehr stark offenbarte, z. B. in den Fällen VII, VIII und IX, und zuweilen auch im Fall X, war die Trübung des Bewußtseins so bedeutend, daß diese Kranken nicht nur die in den Momenten der Klarheit neu angeschafften Orientationskenntnisse nicht behielten, sondern erkannten auch nicht z. B. ihnen seit langem bekannte Personen ihrer nächsten Verwandtschaft.

6. In Ermangelung genauer statistischer Angaben kann es nicht festgestellt werden, wieviel Prozente im Verhältnis zu der Gesamtanzahl meiner Kranken die beschriebenen Fälle und ihnen ähnliche bildeten. Im allgemeinen habe ich die Beobachtung gemacht, daß, besonders in meiner Frauen-Abteilung im Hospital, es wohl mehr Kranke gab, die die hier besprochene Gesamtheit der Erscheinungen hatten, als solche, die man stricto sensu Kraepelini als schizophrenisch bezeichnen könnte.

Die in der psychiatrischen Praktik vorkommenden und den hier beschriebenen entsprechende Fälle werden von Psychiatern, die einem jeden ihrer Kranken durchaus eine Diagnose stellen, verschieden bezeichnet, je nachdem, zu welcher psychiatrischen Richtung der betreffende Arzt gehört, oder welche Klassifikation und Terminologie von ihm bevorzugt wird.

Professor *W. Serbski*, der Verfasser eines russischen Handbuches der Psychiatrie [1]), unterscheidet eine Reihe von klinischen Bildern, die teilweise zu einigen unserer Fälle Beziehung zu haben scheinen. Von den zahlreichen von diesem Autor beschriebenen Amentia-Gruppen entsprechen z. B. einige, wie: Amentia alternans, A. maniacalis, A. depressiva, A. deliriosa, A. gravis s. acutissima, — ganz augenscheinlich einigen unserer Fälle der manisch-depressiven und zum Teil der deliriösen Gruppe. Bei einigen dieser Formen erwähnt *Serbski* das plötzliche Eintreten von kurzdauernden Momenten der Klarheit (lucida intervalla) als eine ziemlich charakteristische Besonderheit. In 2 von den 4 durch ihn unterschiedenen Formen Vesaniae (Krankheitsformen mit gemischten Symptomenkomplexen), nämlich in Vesania hallucinatoria und in Vesania maniacalis, umfaßt er ohne Zweifel auch einige unserer Fälle. So z. B. würde er sicherlich unseren Fall XVI als Vesania maniacalis bezeichnen; diese Form wird übrigens von *Serbski* als eine Mittelform zwischen „Mania" und „Amentia maniacalis" betrachtet, und er ist geneigt, sie nicht für eine selbständige sondern eher für eine zu der periodischen Psychose gehörende Form zu halten.

Hier verdient besprochen zu werden das Verhältnis der Gesamtheit der dargestellten Krankheits-Erscheinungen zu den drei Krankheitsformen: „la confusion mentale" der französischen Autoren, der mehr oder weniger der Amentia (Meynerti) der deutschen Autoren entspricht, — zur Schizophrenie und zum manisch-depressiven Irresein.

---

[1]) 2. Auflage. 1912. Seiten 398—410; 439—444.

Was das Verhältnis unserer Fälle zu der Diagnose „Confusion mentale“, „Amentia“ betrifft, muß das Folgende konstatiert werden: 1. Falls man die Ausdrücke: „Confusion mentale“, „Amentia“, in ihrer anfänglichen, eher symptomatologischen Bedeutung weiter gebraucht, — jedes Handbuch und jeder Autor verleihen übrigens diesen Begriffen eine andere Weite [1]), — so kommen zweifellos einige unserer Fälle, besonders von dem deliriösen und manisch-depressiven Typus unter diese Diagnose. Jedoch ähnlich wie aus dem weiteren Kreise des Amentia-Begriffes Desorientation aufweisende Fälle von progressiver Paralyse, rein manischer Erregungen, manisch-depressivem oder auch katatonischem Stupor, in welchen die Desorientation sekundären Ursprunges ist, wie auch Fälle mit ursprünglicher Bewußtseinstrübung epileptischer und hysterischer Herkunft und schließlich Fälle von „Amentia Meynerti sensu stricto“, — eine von *Kraepelin* [2]) festgestellte Form eliminiert sind, — so müssen offenbar aus dem Begriff und der Definition „Confusion mentale“ und „Amentia“ auch diejenigen von unseren Fällen eliminiert werden, welche, wie erwähnt, hier einbegriffen werden könnten. Für ihre Eliminierung spricht vor allen Dingen sowohl der Umstand, daß in diesen Fällen zuweilen Gedankenverwirrung und Desorientation fehlen, wie auch die Hinsicht auf ihre Zugehörigkeit zu, und ihre klinische Analogie mit anderen Fällen, welche keineswegs als „Confusion mentale“, oder „Amentia Meynerti“ im weiteren Sinne bezeichnet werden können, wie z. B. die Fälle VI, XVI, XVII, XVIII und XIX und überdies auch wohl die ganze schizophrenische Gruppe unserer Fälle. — 2. Was die von Kraepelin beschränkte Form von „Confusion mentale“ und Amentia betrifft, welche der Autor als Amentia Meynerti im genauen und engen Sinn bezeichnet, so unterscheidet sich diese Form von unseren Fällen nicht nur durch ihre stets inanitiale Aetiologie und große Seltenheit [3]), sondern auch durch das gesamte Bild der Erscheinungen und hauptsächlich durch die Schwächung des Begreifens und der Denkfähigkeit,

---

[1]) Vgl.: a) *Th. Meynert* (Amentia, die Verwirrtheit; Jahrb. für Psychiatrie G. B. 1890) mit seiner Amentia symptomatica und idiopathica; b) *Ph. Chaslin* (Sémiologie et cliniqe mentales, 1912) mit seinen Confusions mentales: primitive, simple et délirante; c) *E. Regis* (Précis de psychiatrie, 6. édition 1923) mit seinen Confusions mentales: simple, délirante et chronique; d) *W. Serbski* (Handbuch 1912) mit seinen zahlreichen Abarten von Amentia.

[2]) Psychiatrie, 8. Auflage, S. 263.

[3]) *Bleuler*, Lehrbuch. 1923. S. 278.

bei gleichzeitiger Lust mit der Umgebung in Berührung zu kommen, was in unseren Fällen nicht vorkommt.

Die Besprechung des Verhältnisses unserer Fälle zu den nosologischen Begriffen der Schizophrenie und der manisch-depressiven Psychose, vornehmlich zu solchen, wie sie in der deutschen Psychiatrie gebildet worden sind, verlangt eine vorhergehende Besprechung der theoretischen Grundlage und der Ergebnisse dieser Richtung.

Wie es bekannt ist, nimmt Kraepelin beim Unterscheiden der Krankheitseinheiten einen bestimmten Ausgang der Krankheit als ein Kriterium an. Das, und nur das, was zu dem Krankheitszustand führt, den er als Endeszustand Dementiae praecocis bezeichnet, stellt dieser Ansicht nach Dementia praecox vor. Verschiedener Anfang und Verlauf der sich in jenem Ausgang endenden Leiden sind nur besondere Formen und Gestaltungen desselben Krankheitsprozesses der Dementia praecox. Es ist, wie wir sehen, eine klare und gut ausgedrückte Ansicht, man kann jedoch nicht sagen, daß sie vollkommen begründet sei. Vor allen Dingen ruft sie zweierlei Zweifel hervor, nämlich: 1. Man kann nicht behaupten, daß qualitativ dieselben Störungen mit einem bestimmten Endzustand enden müssen. Die somatische Pathologie wie auch die psychiatrische Klinik geben uns genügende Beispiele solcher, sagen wir, unvollendeter, oder unterbrochener Krankheitsprozesse. Die Ansicht, daß ein Leiden, welches nicht so weit geht, daß es zu dem Endzustand führt, wirklich eine andere Pathogenese hat, ist offenbar eine unmotivierte Gedankenkonstruktion. Dieses Bedenken muß jedoch verschwinden, wenn das erwähnte nosologische Kriterium so formuliert wird, daß irgendeine Krankheitseinheit von allen den Störungen gebildet wird, die in gewissen Bedingungen, z. B. bei entsprechender Verstärkung oder anderen bestimmten, äußeren oder inneren Faktoren zu einem bestimmten Endzustand führen können, eine gewisse Tendenz haben, zu diesem Endzustand zu führen. 2. Die Ansicht, daß zu irgendeinem Krankheitsendzustand, dem Wesen nach, derselbe Krankheitsprozeß führen muß, hat in sich nichts Überzeugendes und zur Akzeptation Zwingendes. Der Kraepelinismus gibt keine überzeugende Begründungen dazu, daß z. B. die übliche, bis vor kurzem allgemein in der Psychiatrie angenommene Ansicht, daß Dementia secundaria der Ausgang verschiedener Geisteskrankheiten ist, eine irrtümliche Ansicht sei. Man kann es sich leicht vorstellen, entweder, daß zu den verschiedenen psychischen Krankheitsprozessen eine von ihnen unabhängige Schizophrenie hinzukommen kann, — das wäre eine zufällige Kombi-

nation zweier verschiedener Krankheitszustände, — oder auch sogar, daß verschiedene psychische Krankheitsprozesse zuweilen, in gewissen Umständen, Ausgangspunkt und Ursache der Entstehung der Schizophrenie mit ihrem bestimmten Endzustand betrachtet werden können. Das bedeutet, daß, wenn wir auch die, übrigens sehr wahrscheinliche Anschauung annehmen, daß der schizophrenische Krankheitsprozeß die Tendenz hat, zu einem bestimmten Endzustand zu führen, es doch nicht behauptet werden kann, daß alle die psychischen Störungen, welche bei den betreffenden Kranken dem Endzustand vorausgingen, zu einem und demselben Krankheitsprozeß (dem schizophrenischen) und zu derselben Krankheitseinheit (der Schizophrenie) gehören.

Was die Ergebnisse des Kraepelinismus betrifft, hauptsächlich in bezug auf die Lehre von Dementia praecox (Schizophrenie), so muß man bemerken, daß man, nach aufmerksamer Vergleichung der Lehre von dieser Psychose nach Kraepelin, ihrem Hauptgründer, mit der Ansicht über diese Krankheit des Verfassers des verbreiteten Buches über Schizophrenie — *Bleulers* [1]) — zu dem Schluß kommt, daß diese beiden Theoretiker der Psychiatrie diese Krankheit nicht ganz gleich verstehen. Der Hauptunterschied in ihrer Auffassung der Schizophrenie liegt meiner Meinung nach darin, daß Kraepelin bei jeder Gelegenheit in seinen Büchern und in seiner Klinik die Schwächung, gewissermaßen ein Versiegen des Gefühls- und des Willenslebens, bei Beibehaltung der Orientation, als eines der wesentlichsten Merkmale der Schizophreniker betont, während *Bleuler* diese zwei Symptome nicht so beachtet, und vielmehr den Faktor der Zerspaltung hervorhebt, den er jedoch nicht genügend genau präzisiert. Die Folge dieses Standpunktes von *Bleuler* ist seine viel weitere Auffassung der Schizophrenie, als diejenige von *Kraepelin*. Damit läßt sich augenscheinlich die Tatsache erklären, daß während *Kraepelin* Schizophrenie in 10—15% [2]) der psychiatrischen Fälle feststellt, *Bleuler* diese Krankheit bei 30% [3]) der Geisteskranken findet. Noch weiter als von *Bleuler*, wird die schizophrenische Psychose von *M. Urstein* [4]) aufgefaßt, welcher die An-

[1]) a) Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien von Prof. *E. Bleuler*. Leipzig und Wien. 1911. b) Lehrbuch der Psychiatrie. IV. Auflage. 1923. Berlin.

[2]) Psychiatrie. 8. Auflage. S. 908.

[3]) *Bleuler*. a) Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. S. 273. b) Lehrbuch der Psychiatrie. IV. Auflage. S. 335.

[4]) *M. Urstein*. a) Die Dementia praecox und ihre Stellung zum man.-depress. Irresein. 1909. b) Manisch-depressives und periodisches Irresein als Erscheinungsform der Katatonie. 1912. *Urban* und *Schwarzen*-

wendung des Prinzips des schizophrenischen Endschwachsinns als eines Kriteriums der Schizophrenie bis zu den äußersten Konsequenzen gebracht hat.

Das Verhältnis des Kraepelinismus zu den hier besprochenen und ihm ähnlichen Fällen ist zweifach: 1. Die Psychiater deren Konzeption der Schizophrenie sich *Bleuler* mehr nähert — und desto mehr solche wie *Urstein*, konstatieren Schizophrenie so gut wie in allen unseren Fällen. *Urstein*, der mehrere der von mir beschriebenen Fälle persönlich kennt, hält alle beschriebenen Fälle, mit Ausnahme vielleicht von Fall XVII, für „zweifellose" Schizophrenie. — 2. Was *Kraepelins* eigentliche Lehre von der Schizophrenie betrifft, die Lehre, laut welcher diese Krankheit bei 10—15% aller psychischen Erkrankungen sich zeigt, so bin ich der Meinung, daß die angeführten Fälle nicht zu Schizophrenie in diesem engeren Sinne gehören.

Wenn man sich Rechenschaft gibt von der ganzen Wichtigkeit, welche das Gebiet des Gefühls und des Willens, seine Atrophie oder Hypertrophie, für das geistige Leben hat und bei richtiger Beurteilung jener Erscheinung des psychischen Lebens von so großer Bedeutung wie das Beibehalten des Bewußtseins (Orientation), oder die (primäre) Trübung desselben, muß man anerkennen, daß die Schizophrenie, mit ihrer Schwächung des Affektlebens und dem Beibehalten der Klarheit des Bewußtseins (Orientation) in der Tat eine im Grunde sich von der hier beschriebenen Gesamtheit der Krankheitserscheinungen unterscheidende Krankheit ist, und daß diese Gesamtheit der Erscheinungen in den zwei erwähnten wichtigen Gebieten des psychischen Lebens gerade das Gegenteil der Schizophrenie darstellt. — Der viel schärfere Anfang der Krankheit, die häufige Abhängigkeit von psychischen Noxen, eine allgemeine Tendenz zur Besserung und Genesung, die in der Regel vorkommenden Momente der Klarheit (lucida intervalla), die Häufigkeit der Gesichtshalluzinationen, größere Abenteuerlichkeit in den Wahnideen einerseits und andererseits die Abwesenheit der Unnatürlichkeit, der Verbigeration, rein motorischer Erregungen, eines deutlichen Negativismus, der Ambivalenz, einer beständigen Maniriertheit und Stereotypie, wie auch einer deutlichen Inkohärenz — das alles spricht auch dafür, daß das beschriebene Syndrom der Krankheitserscheinungen sich wesentlich von Schizophrenie (stricto sensu Kraepelini) unterscheidet, und daß dieser

---

berg. c) Spätpsychosen katatoner Art. 1913. *Urban* und *Schwarzenberg.* d) Katatonie unter dem Bilde der Hysterie und Psychopathie. 1922. S. *Karger.*

Symptomenkomplex weder als Schizophrenie bezeichnet werden noch zu einem mit ihr gemeinsamen pathogenetischen Ursprung zurückgeführt werden kann.

Manisch-depressives Irresein kann im allgemeinen bei unseren Fällen nicht in Betracht gekommen sein, schon infolge der bei ihnen vorherrschenden (primären) Desorientation, einer tief veränderten Individualität und der großen Rolle der Halluzinationen und Wahnideen — wenn wir diese Psychose nicht als ein unbestimmtes Konglomerat von Erscheinungen, mit verschwommenen, undefinierten Konturen, ansehen wollen. Einige unserer Fälle, so besonders die Fälle XV. und XVI, scheinen z. B. unter *Kraepelins* Beschreibung des manisch-depressiven Irreseins [1]) zu gehören. Ich glaube jedoch, daß das Bild und die Grenzen des manisch-depressiven Irreseins reduziert werden müßten um diejenigen Fälle, in denen anfängliche Trübung des Bewußtseins vorhanden ist, beständig Halluzinationen und Wahnideen vorkommen, in denen z. B. der Größenwahn auch in Perioden der Niedergeschlagenheit fortbesteht und dem Leiden überhaupt einen paranoischen Charakter verleiht, und schließlich, in denen die Labilität und Variabilität des affektiven Lebens so bedeutend ist, daß es wohl schwer ist, von einem, wenn auch nur eine gewisse Zeit dauernden, bestimmten affektiven Zustand zu sprechen. Von solchen Fällen, wie Fall XV und XVI, kann man höchstens voraussetzen, daß sie in ihrer Pathogenese Bestandteile beider dieser Gruppen psychischer Leiden, d. h. des manisch-depressiven Irreseins und unseres Syndroms besitzen, daß sie eine Art Bindeglied zwischen diesen beiden Gruppen darstellen und so gut zu der einen, wie auch zu der anderen Gruppe zugezählt werden können, jeder von ihnen in einer anderen Form, in einer Untergruppe.

Die obigen Ausführungen scheinen darauf hinzuweisen, daß die hier beschriebenen und ähnliche Fälle weder zu Schizophrenie noch zu manisch-depressivem Irresein gehören und eine besondere Gruppe funktioneller psychischer Leiden bilden. — Es ist schwer zu sagen, ob diese Gruppe eine Krankheit (Krankheitseinheit) vorstellt, die mehrere Abarten, Formen oder Typen hat, oder aus mehreren selbständigen psychischen Krankheiten (Krankheitseinheiten) besteht, welche nur einige, oben angeführte Merkmale und eventuell eine ähnliche Pathogenese gemein haben. —

---

[1]) Psychiatrie. 8. Auflage. S. 1255—56.



Diese nosologische Gruppe kann entweder nach ihrer vermutlichen Pathogenese als funktionelle endokrinogene Psychose oder hinsichtlich ihrer aus einigen Hauptsymptomen der Schizophrenie (vor allem Halluzinationen und Wahnideen), der Amentia (primäre Bewußtseinstrübung) sowie des manisch-depressiven Irreseins (Steigerung des Affektlebens) bestehenden Symptomatologie z. B. als schizo-amentivo-hyperthymische oder syntonische Psychose oder Psychosen genannt werden. — Die Absonderung dieser Gruppe psychischer Leiden kann einerseits dazu beitragen, daß eine Übereinstimmung der Ansichten in bezug auf die Häufigkeit der Schizophrenie erreicht wird, wie auch ein genaueres und engeres Zusammenfassen der Symptomatologie der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins, andererseits kann sie zu einer weiteren Beschränkung, vielleicht zu einer vollkommenen Aufhebung einiger, noch oft für selbständig gehaltenen nosologischen Gruppen führen, in erster Linie solcher, wie Paranoia hallucinatoria, Amentia im weiteren Sinne, Delirium.

Was das Wesen des Krankheitsprozesses in den besprochenen Fällen betrifft, so können in dieser Hinsicht nur Vermutungen vorausgesetzt werden. Vor allem ist hier folgendes zu erwähnen: 1. In einer besonderen Publikation über den Fall XV[1]) betonte ich in dieser Hinsicht die Bedeutung des Eintretens der klaren Momente (lucida intervalla) und wies darauf hin, daß das plötzliche Eintreten oft von Stunde zu Stunde, meistenteils kurzdauernder, einige Stunden langer Momente der Klarheit dagegen zu zeugen scheint, daß diese Leiden organischen Ursprungs wären, oder auf einer Intoxikation des Gehirns beruhen (*Kraepelin* ist der Ansicht, daß Schizophrenie auf Intoxikation des Gehirns beruht[2])) — und weist im Gegenteil eher auf Veränderungen im Chemismus des Stoffwechsels (Störungen in der inneren Sekretion) oder eventuell auf vasomotorische Störungen hin, falls diese vier Kategorien von Störungen hier alle pathogenetischen Möglichkeiten erschöpfen. 2. Zwei, beim Studieren unserer Fälle gemachte Beobachtungen verdienen auch noch eine gewisse Aufmerksamkeit: 1. Angeschwollenheit in der Gegend der Schilddrüse, die wir bei 10 von unseren Kranken konstatiert haben; 2. Empfindlichkeit bei Anwendung von Präparaten, die zur inneren Drüsensekretion Beziehung haben, welche in den Fällen XI, XIII und XIV beobachtet wurde. 3. Schließlich darf noch bemerkt werden, daß, während in

[1]) a) Vortrag in der neurol.-psychiatrischen Sektion d. mediz. Gesellschaft in Warschau. 26. I. 1918. b) Gazeta lekarska Nr. 36. 1918.

[2]) Psychiatrie. 8. Auflage. S. 931.

Fällen von genau nach der Definition von *Kraepelin* festgestellter Schizophrenie die von mir angewandte, auf meiner Auffassung der Pathogenese dieser Psychose [1]) beruhende Behandlung positive Resultate gibt [2]) — die ich bei einer anderen Gelegenheit noch besprechen werde —, wurde in den hier beschriebenen oder ihnen ähnlichen Fällen — (in den Fällen I, II, III, VII, X, XII und XIII wurde diese Behandlung angewandt) — keine sichtbare Wirkung erreicht, und eben das negative Resultat dieser Behandlung bei unseren Kranken hat mir den ersten Antrieb dazu gegeben sie einer näheren Analyse zu unterwerfen und die Untersuchungen zu machen, deren Ergebnisse in der vorliegenden Arbeit enthalten sind.

---

[1]) Das Referat in d. psych.-neurol. Sektion d. internat. med. Kongresses in Madrid 1903. — Allg. Ztschr. f. Psychiatrie 1903, Bd. 60. — Ebenda 1926, Bd. 83, H. 7—8. — Wien. med. Presse 1904, Nr. 1. — Arch. f. Psychiatrie, Bd. 56, H. 3.

[2]) Arch. f. Psychiatrie, Bd. 59, H. 1. — Vortrag in d. med. Gesellsch. in Warschau 27. VI. 1916. — Vortrag in d. med. Gesellsch. in Warschau 17. III. 1917.

Eröffnung der Nervenklinik Wiesengrund der Wittenauer Heilstätten der Stadt Berlin.

(Vormals Berl. Städt. Irrenanstalt Dalldorf.)

Von

Dr. **Friedrich Panse.**

Am 23. Oktober 1926 wurde die Nervenklinik Wiesengrund eröffnet und steht seitdem zur Aufnahme von männlichen Patienten zur Verfügung.

Man kann wohl sagen, daß mit dieser Neugründung ein ganz wesentlicher Fortschritt im Ausbau der gesundheitlichen Fürsorge für die Nervösen und Nervenkranken Berlins erreicht ist. Seitdem Haus Schönow (Prof. *M. Laehr*), das bis vor einigen Jahren die einzige Erholungs- und Heilstätte für minderbemittelte Nervöse war, seinen Sitz weit außerhalb Berlins verlegt hat, bestand für diese Kranken keine Gelegenheit mehr für zweckmäßige Unterbringung und Heilbehandlung mit Beschäftigungs- und Psychotherapie. Zwar hat ein Teil der Berliner Krankenhäuser neurologische Abteilungen, die aber doch im wesentlichen nur auf organische Fälle eingestellt sind. Versagten diese Abteilungen therapeutisch, wie das bei dem Krankenhausmilieu und bei völligem Mangel an Ablenkung und Beschäftigungsmöglichkeit gerade bei Neurosen und Psychopathien eigentlich selbstverständlich war, so schickte man diese Lebensschwächlinge und konstitutionell nervös Labilen entweder einfach in ihre alte Umgebung zurück, oder aber man verfiel — besonders bei den schweren Fällen — auf den Ausweg, sie einer der großen Irrenanstalten zuzuweisen. Dieser letzte Weg war sicher immer noch der bessere und in vielen Fällen sogar unter den gegebenen Verhältnissen der einzig mögliche, doch war sich jeder der beteiligten Ärzte wohl klar, daß es sich eben um einen Ausweg handelte, der weit entfernt vom Ideal lag. Im einen Falle blieben die Neurotiker und Psychopathen sich selbst und ihrer Umgebung um nichts gebessert eine kaum

erträgliche Last und wanderten von Krankenhaus zu Krankenhaus, im anderen Falle führte die Einweisung in die Irrenanstalt zur energischen Abwehr der Patienten gegen die Maßnahme in Form von psychopathischen Reaktionen, feindseliger Einstellung und subjektiv etwas berechtigtem Mißtrauen gegen Wohlwollen und Einfühlungsvermögen ihrer Ärzte. Ganz abgesehen davon, daß die Einrichtungen und die Atmosphäre einer Irrenanstalt ja tatsächlich nur für einen Bruchteil der Neurotiker auf die Dauer zuträglich waren.

Herr San.-Rat Dr. *Bratz*, Direktor der Wittenauer Heilstätten, hat diesen schweren Mangel schon seit langem erkannt. Da bei den z. Z. bestehenden wirtschaftlichen Verhältnissen an den Neubau einer größeren Nervenheilstätte der gewünschten Art nicht zu denken war, mußte ein Ersatz gefunden werden.

Den Plänen kam ein Umstand zugute, der eigentlich auf anderem Gebiete liegt. Durch die modernen Behandlungsmethoden der Psychiatrie, besonders der planmäßigen frühzeitigen Entlassung und Unterbringung in Familienpflege nicht unbedingt anstaltsbedürftiger Kranker, war die frühere „Kolonie" der Wittenauer Heilstätten ziemlich entbehrlich geworden. Es handelte sich um zwei Häuser, die noch auf Anstaltsgebiet, aber etwa 10 Minuten außerhalb der Hauptanstalt Dalldorf liegen und Unterkunft für etwa 50 ruhige Geisteskranke, Schwachsinnige und alte Trinker boten.

Diese Häuser erschienen der Größe und Lage nach geeignet zur Umwandlung in die geplante offene Nervenklinik, zumal da ihre Baufälligkeit bei der unbedingten Ausbesserungsbedürftigkeit einen großen Kostenaufwand verursacht hätte.

Die Form der lockeren Angliederung an eine Heil- und Pflegeanstalt, bei räumlicher Trennung von dieser, konnte keine Bedenken erregen nach den günstigen Erfahrungen mit dem ganz ähnlich gearteten Maria-Anna-Heim der Anstalt Sonnenstein bei Pirna.

Die Inneneinrichtung der jetzigen Nervenklinik Wiesengrund in Ausstattung, Farben und Raumgestaltung ist im steten Zusammenwirken der Anstaltsleitung mit dem feinsinnigen Oberbaurat Hellwig hergestellt. Die Schlaf- und Aufenthaltsräume für die Kranken sind farbenfroh und wohnlich, jede krankenhausmäßige Kühle, jeder Hinweis auf die Krankheit, ist gemieden. Es gibt nur eine Verpflegungsklasse; im Preise entsprechend der dritten Klasse der Berl. städt. Krankenhäuser. Die Patienten sind in 1- und 4-Bettenzimmern untergebracht. Die Zahl der Betten beträgt 60. Für die Behandlung stehen Luftsprudelbad, medikamentöse und elektrische Bäder, Fara-

disation, Galvanisation, Vibrations- und Handmassage, Höhensonne, Diathermie und gymnastische Apparate zur Verfügung. Im Vordergrund soll jedoch für die Therapie eine sehr ausgiebige Gelegenheit zu planmäßiger produktiver Beschäftigung stehen.

Da die Klinik völlig offen ist, müssen suizidale, schwer epileptische und grob-psychotische Kranke abgewiesen werden. Im übrigen aber können nervös Labile, Neurotiker und Psychopathen aller Art, Paralysen im Anfangsstadium zur Malariabehandlung oder in der Remission zur Nachbehandlung, abgeklungene Schizophrenien und sonstige Psychosen und vor allem organisch Nervenkranke in weitestem Umfang aufgenommen worden, besonders dann, wenn Aussicht auf Besserung und Heilung besteht. Die Behandlungsdauer soll im Durchschnitt mindestens 6 Wochen betragen. Außerdem können Beobachtungskranke von Berufsgenossenschaften und anderen Versicherungsträgern zur Begutachtung Aufnahme finden. Die ärztliche Versorgung wird von Ärzten der Hauptanstalt übernommen. Die ärztliche Leitung der Nervenklinik liegt in den Händen des dirigierenden Arztes San.-Rat Dr. *Reich.*

Beiträge zur Dystrophia adiposo-genitalis[1]).

Von

Wilhelm Lange,

Hilfsarzt a. d. Erziehungsanstalt Chemnitz-Altendorf.

Seit der Veröffentlichung des ersten Falles von „Dystrophia adiposo-genitalis“ durch *Fröhlich* (1901) hat man viel über den Namen und viel über das Krankheitsbild geschrieben. Auch heute noch gehen die Meinungen der Forscher vielfach auseinander, auch wenn es sich um das vollentwickelte Krankheitsbild mit Fettsucht und Genitaldystrophie handelt. Während *Fröhlich* nur eine Schädigung der Hypophyse annahm, traten ihm bald viele Forscher entgegen, und heute weiß man, daß Fettsucht mit Genitaldystrophie auftreten kann, wo die Hypophyse vollkommen intakt ist. Schon 1908 hat Marburg 20 solcher Fälle aus der Literatur nachgewiesen. Heute sind die Fälle sehr reichlich, wo die Obduktion keinen pathologischen Befund ergab und auch mikroskopisch keine Veränderung der Hypophyse nachzuweisen war. *Biedls* Ausführungen (1922) werden im allgemeinen den richtigen Weg zeigen, wenn er sagt: „Wir kennen zwei pathogenetische Extreme der *Fröhlich*schen Krankheit: die rein hypophysäre und die zerebrale Form. Für die große Mehrzahl der Fälle dürfte die Annahme zutreffen, daß das pathogenetische Moment, sei es nun ein Tumor der Hypophyse oder ihrer Nachbarschaft, sei es ein pathologischer Hirndruck, die Hypophyse einerseits und das Zwischenhirn andererseits schädigt.“

Raab folgert aus den Prozessen, die das Syndrom verursachen, sei es nun von der Hypophyse oder vom Zwischenhirn aus, „allen gemeinsam aber ist die Eigenschaft, daß sie ein Minus an Funktion in den für das Syndrom verantwortlichen Gewebepartien bewirken. Soviel kann als sicher angesehen werden und alle älteren Anschauun-

[1]) Aus der Landeserziehungsanstalt f. Blinde u. Schwachsinnige Direktor: Oberreg. Med.-Rat Prof. Dr. *Heinicke*).

gen von ‚Hyper-‘ und ‚Dys-‘ kommen für uns nicht mehr in Betracht. Zum Unterschiede von der Akromegalie, bei der es sich um die gesteigerte spezifische Funktion eines hochdifferenten Zellkomplexes handelt und bei der deshalb nur primär am Orte der Funktionsquelle, im Hypophysenvorderlappen, sich abspielende Prozesse zum Krankheitsbild führen können, ist für den rein negativen Entstehungsmechanismus der Dystrophia adiposo-genitalis jeder intrakranielle Prozeß ohne Rücksicht auf seine Qualifikation ausreichend, sofern er nur dazu angetan ist, die trophischen Zentren für Genitalfunktion und Fettstoffwechsel zu schädigen oder gänzlich zu vernichten. Das Verhältnis zwischen Akromelagie und kephalogener Dystrophia adiposo-genitalis ist ein ähnliches wie etwa zwischen Morbus Basedowii und Myxödem“ (*Raab*).

So ist auch der Name „Dystrophia adiposo-genitalis“ nicht zutreffend. Es sind auch viele andere Vorschläge gemacht worden, so u. a. „adipositas zerebralis“ (*Marburg*, *Jacksch*), „Kephalogene Fettsucht resp. Genitalatrophie“ (*Raab*).

Ehe die Fälle kurz besprochen werden sollen, die in der neuesten Literatur erwähnt sind, soll eine Übersicht über die Anatomie und Physiologie der Hypophyse folgen.

Biedl unterscheidet einen Vorderlappen (Prähypophyse), einen Mittellappen (Pars intermedia oder juxtaneuralis), einen Hinterlappen (Neurohypophyse) und eine Pars tubaris.

Der Vorderlappen als Drüse regelt das Wachstum des Skeletts und der Weichteile. *Biedl* bezeichnet sie als „eine echte Wachstumsdrüse mit morphogenetischer Hormonwirkung, deren in die Blutbahn abgegebenes Inkret als Hormozon vielleicht schon im Embryonalleben, sicher aber in der Lebensphase der noch nicht vollendeten Entwicklung das Wachstum und damit die Dimensionierung und den Habitus des Körpers zum Teil direkt, zum Teil dadurch mit bestimmt, daß es die anderen Evolutionsdrüsen und unter diesen in erster Reihe die Keimdrüsen korrelativ beeinflußt. Beim Erwachsenen ist die Funktionssphäre der Wachstumsdrüse begreiflicherweise wesentlich eingeschränkt.“

Houssy und *Hug* weisen durch zahlreiche Extirpationen der Hypophyse bei jungen Tieren nach, daß die Wachstumsstörungen durch den Ausfall der Drüse hervorgerufen werden, nicht durch Verletzungen benachbarter Hirnteile. Sjöwall hat die Beobachtung gemacht, daß „sog. hypophysäre Symptome sowohl durch Prozesse in der Hypophyse wie im Infundibulum hervorgerufen werden können“ (*Pines*).

Camus und *Roussy* glauben den Nachweis bringen zu können, daß Fettsucht ebenso wie auch Polyurie, Diabetes insipidus, Glykosurie, Zuckertoleranz, Genitalfunktion nicht mit der Hypophyse in Beziehung stehen, sondern in Störungen in den benachbarten Hirnteilen zu suchen seien. Auch behaupten die beiden zuletzt genannten Forscher, daß Wachstumsstörungen am Skelett „weder durch Verletzung der Hypophyse, noch der benachbarten Hirnteile herbeigeführt werden". Sie ziehen den Schluß, „daß die Hypophyse kein lebenswichtiges Organ sei" (*Pines*). *Pines*, der an Hand von Serienschnitten genaue Studien gemacht hat, kommt zu dem Schluß, daß der Vorderlappen reichlich durch marklose Nervenfasern innerviert wird, die aus dem Sympathikus stammen und zwischen denen ein sehr enger Kontakt mit den Drüsenzellen besteht, „in dem die Nervenfasern a) ein interzelluläres Geflecht mit groben varikösen Verdickungen und b) ein zierliches, engmaschiges Endnetz mit perizellulären Grenzen und feinen knopfartigen Verdickungen, die der Zelloberfläche eng anliegen, bilden" (*Pines*). *Pines* spricht diese Nervenfasern als sekretorische an und folgert daraus, daß die innersekretorische Tätigkeit des Vorderlappens sich „in direkter Abhängigkeit vom Nervensystem" befindet. Von anderen Forschern nehmen auch *Cajal*, *Berkley* und *Gemelli* an, daß Sympathikusfasern in den Vorderlappen der Hypophyse eindringen.

Nach *Biedl* ist der Zwischenlappen „eine Stoffwechseldrüse mit funktioneller Korrelationswirkung, deren Inkret auf die Art des Bedarfes und Verbrauches an Stoffen, auf die einzelnen Komponenten des Stoffwechsels, auf den Gesamtumsatz und die Regulation der Körperwärme, sowie auf die Tätigkeit der einzelnen vegetativen Organe Einfluß nimmt, wobei der Aktionsmodus im einzelnen noch näher zu definieren ist".

Die Sekrete des Mittellappens werden durch die Lymphräume der Neurohypophyse und die Gliaspalten des Hypophysenstiels in den Liquor zerebrospinalis resp. in die Hirnmasse befördert.

Mancher Forscher (wie *Aschner*) zweifelt die Bedeutung des Zwischenlappens an. Allerdings ist beim Fötus der Zwischenlappen relativ größer als beim Erwachsenen, bei dem er von den anderen Teilen der Hypophyse umwachsen wird, daß er nur ein „umschlossenes Inselchen" bildet. Doch gehen von hier noch Ausläufer nach der Neurohypophyse. Auch wird von anderer Seite dem Zwischenlappen die Eigensekretion abgesprochen (*Policard*), und die Kolloidbläschen werden als Reservematerial betrachtet. Dagegen

wieder spricht, daß nach Extirpation der Thyreoidea die Pars intermedia hypertrophisch wird und „dann eine besondere sekretorische Aktivität entfaltet“ (*Pines*). Auch der histologische Bau spricht gegen die Auffassung *Policards*.

Die Pars tubaris und ihre Bedeutung ist noch zu wenig bekannt und durchforscht, auch *Biedl* sagt nichts Genaueres darüber. Sie bildet eine Hülle um den Stiel der Neurohypophyse und sendet ihre Ausläufer bis zum Tuber cinereum.

Der Hinterlappen (Neurohypophyse, Pars nervosa) ist nervöser Natur. Er steht mit dem Zwischenlappen in engem Zusammenhang wie das „auffallende Hineinwuchern epidermialer Elemente in das gliöse Gewebe der Neurohypophyse“ bei verschiedenen Säugetieren zeigt (*Biedl*, *Herring*, *Cushing*, *Goetzsch*, *Tölken* u. v. a.), während *Kohn* annimmt, daß es sich bei diesen hineinwuchernden Elementen um Zellen aus den Vorderlappen handelt. *Cushing*, *Herring*, *Goetzsch*, *Jacobson* und *Biedl* betrachten die Pars nervosa als „Sekretstraße“ für das Sekret des Mittellappens, aus der es in den Recessus infundibularis des 3. Ventrikels und in die graue Substanz des Tuber cinereum gelangt, ohne die Benutzung des Blutweges.

Gegen die nervöse Beschaffenheit des Hinterlappens sprechen sich Forscher wie *Schwalbe*, *Henle* u. a. aus. *Kölliker*, *Caselli*, *Thaon* leugnen das Vorhandensein von wirklichen Nervenzellen im Hinterlappen. *Cajal* und *Berkley* fanden Nervenelemente im Hinterlappen, andere Forscher sogar einen reichen Nervenplexus (*Gemelli*, *Gentes*, *Bocheneck*, *Thaon*, *Savagnone*, *Trautmann*). Viele Nervenfasern werden von *Watrin* und *Baudot* beschrieben, ebenso findet *Hoenig* „echte Nervenfasern“, von denen er annimmt, daß sie aus der „Commissur, welche direkt oberhalb vom Stielansatz verläuft,“ kommen. Auch glaubt *Hoenig* sympathische Nervenzellen gefunden zu haben. Die meisten Autoren fanden jedoch nur vereinzelte Nervenelemente, während *Cajal* u. a. einen dichten Plexus beschreiben, aber die Frage woher diese Nervenelemente stammen, beantwortet keiner dieser Forscher.

Pines kommt bei dem Studium seiner Serienschnitte zu folgendem Ergebnis: „Der Zwischen- und Hinterlappen erhalten ihre Fasern aus einer Kerngruppe, die beiderseits an der Zwischenhirnbasis, lateral am Boden des 3. Ventrikels, etwas hinter- und oberhalb des Chiasmas gelegen ist, die man eigentlich Nucleus hypophyseus bezeichnen könnte und die offenbar mit der in der Literatur unter dem Namen Nucleus supraopticus beschriebenen Kerngruppe identisch ist. Diese Kerngruppe besteht aus mehr oder weniger großen, haupt-

sächlich uni-, bi- oder auch tripolaren kolbigen Zellen, die einen Fortsatz nach dem Infundibulum senden. Medioventralwärts konvergierend, dringen die Fasern durch das Infundibulum in den Hinterlappen, wo sie einen dichten Plexus bilden und von wo sie in einer größeren Anzahl auch in den Zwischenlappen eindringen, um hier mit intraepitelialen Endverzweigungen frei zu enden. Es handelt sich um eine ziemlich bedeutende Leitungsbahn, einen Fasciculus hypophyseus, der eine direkte Verbindung von der Zwischenhirnbasis zum Mittellappen herstellt, via Infundibulum-Hinterlappen. Es ist nicht ausgeschlossen, daß wir hier u. a. auch an rezeptorische Apparate zu denken haben, wobei aber die Funktion derselben als vorläufig unaufgeklärt zu betrachten wäre."

Es ist nachgewiesen worden, daß nicht die Hypofunktion der Hypophyse allein Dystrophia adiposo-genitalis verursachen kann, sondern daß die Hypophyse in engster Verbindung mit den Zentren des Zwischenhirns steht. Einige Forscher nehmen an, daß Dystrophia adiposo-genitalis nur durch Störungen im Zwischenhirn entsteht. So sahen *Krehl* und *Isenschmidt* Veränderungen der Genitalentwicklung und des Fettstoffwechsels nach Zwischenhirndurchschneidung ohne Verletzung der Hypophyse. *Roussy* und *Camus* konnten bei der Zerstörung des Nucleus paraventricularis Dystrophia adiposo-genitalis nachweisen oder auch nur Adipositas oder nur Genitalstörung. Sie nehmen an, daß das Sekret des Vorder- und Mittellappens der Hypophyse die genannten Kerne beeinflußt (auch Tuber cinereum), da sich kolloide Teilchen der Drüse bis in die Gegend des Tuber cinereum verfolgen lassen. Denselben Standpunkt teilt auch *Binet*.

Nach *Berblinger* gibt es eine hypophysäre Dystrophia adiposo-genitalis (Hypofunktion der Ovohypophyse) und eine zerebrale Form. Hypofunktion der Ovohypophyse vor der Pubertät verursacht hypophysären Zwergwuchs, Hyperfunktion Akromegalie. Nach Meinung dieses Autors kann die Funktion der Pars intermedia nicht vollkommen von der des Vorderlappens getrennt werden. Die Neurohypophyse ist seiner Ansicht nach nur Leitungsbahn des Inkretes.

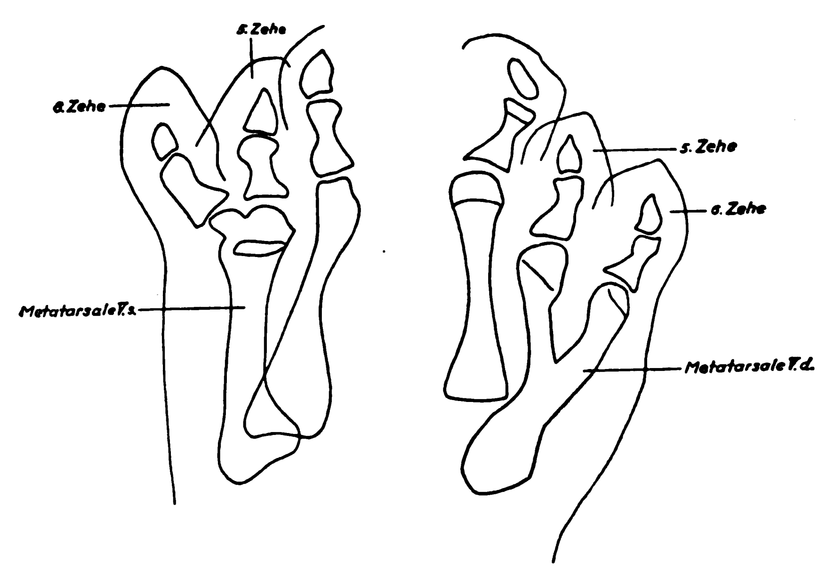
Nach *Zondeck* wird Dystrophia adiposo-genitalis durch Prozesse in der Hypophyse oder in den Zentren des Zwischenhirns oder durch Anomalien im Unterhautzellgewebe (vegetative Nerven) hervorgerufen. *Balay* und *Bremer* fanden neben Diabetes insipidus, Glykosurie, Kachexie und Tod Adipositas und Genitalatrophie nach Einschnitt in den Hypothalamus zwischen Prozessus infundibularis und den Corpora mamillaria. *Ballay* lehnt infolge seiner Versuche Ver-

änderungen in der Hypophyse als Ursache der Dystrophia adiposo-genitalis ab. *Nobecourt* veröffentlichte einen Fall von Dystrophia adiposo-genitalis von einem epileptischen idiotischen Kind, bei welchem bei der Sektion keine Veränderungen der Hypophyse oder der Schilddrüse gefunden wurden, das aber eine chronische basilare Meningitis hatte. *Broussilovski* mißt dem Vorderlappen der Hypophyse keine Bedeutung im Stoffwechsel der Fette und Kohlehydrate bei, da er bei einem Fall von Lues zerebrospinalis keine Anzeichen von Dystrophia adiposo-genitalis vorfand, trotzdem der Vorderlappen und der intermediäre Teil der Hypophyse infolge eines Gummas verschwunden war. *Zalkan* und *Popova* fanden bei einem Fall, bei dem ein gänseeigroßes Karzinom der Gegend des 3. Ventrikels von der Hypophyse ausgehend vorhanden war, keine Dystrophia adiposo-genitalis und keinen Diabetes insipidus. Sie ziehen den Schluß, daß bei der vollständigen Zerstörung der Hypophyse weder Dystrophia adiposo-genitalis noch Diabetes insipidus auftritt, weil bei vollständigem Ausfall der Organe, die den Stoffwechsel regeln, die Funktion von tiefer gelegenen Zentren übernommen wird. Wohl können nach ihrer Ansicht diese Symptomkomplexe auftreten, wenn eine teilweise Schädigung der Hypophyse oder des Tuber cinereum stattfindet. Weil *Josephy* bei Paralytikern trotz intensiver Beteiligung des Zwischenhirns nie Dystrophia adiposo-genitalis auftreten sah, nimmt er an, daß eine Schädigung des Zwischenhirns wie auch der Hypophyse eintreten muß, um das Syndrom zu erzeugen. *Szanto* beobachtete beim Studium von zwei Fällen von Hypophysentumoren auch Störungen der Keimdrüsen und der Thyreoidea und kommt zu der Ansicht, daß bei langsam wachsenden Hypophysentumoren Degeneration mehrerer Blutdrüsen eintreten kann.

Bravetta beschreibt einen Fall von Dystrophia adiposo-genitalis, bei dem die Sektion eine hirsekorngroße Zyste des Vorderlappens ergab. *Invernizzi* sah wiederum Akromegalie infolge eines Hypophysenvorderlappentumors. *Smirov* fand bei einem Fall von Akromegalie und Dystrophia adiposo-genitalis ein malignes eosinophiles Adenom des Hypophysenvorderlappens, wo gleichzeitig Atrophie des Hypophysenhinterlappens, interstitielle Struma der Schilddrüse, Sklerose der Ovarien und Atrophie der Geschlechtsorgane u. a. m. vorhanden waren. *Casal* beobachtete einmal Akromegalie, die er auf Hyperfunktion des Vorderlappens und ein andermal Zwergwuchs bei einem Mädchen mit „pluriglandulären Erscheinungen", den er auf Hypofunktion des Vorderlappens zurückführt.

Bei einem Teil der Fälle von Dystrophia adiposo-genitalis beobachtet man das Syndrom: Retinitis pigmentosa, Polydaktylie, Fettsucht, Genitalhypoplasie und geistige Minderwertigkeit, wie sie u. a. *Raab* in seiner Arbeit (1924) beschreibt (Fall 25 und 26). Die drei ersten im folgenden beschriebenen Fälle, die in der Landeserziehungsanstalt für Blinde und Schwachsinnige, Chemnitz-Altendorf, beobachtet worden sind, zeigen denselben Symptomkomplex.

Fall 1. Gerhard K. Eltern sind Geschwisterkinder. Großvater väterlicherseits Trinker, hatte im 4. Lebensjahrzehnt mehrere Schlaganfälle. Bruder des Vaters trank ebenfalls stark und hat epileptische Kinder. Eine Schwester des Vaters ist als Kind sehr dick gewesen. Großmutter mütterlicherseits war immer sehr erregt, Schwester der Mutter war stumm und geistig nicht normal, sie ist im Alter von 32 Jahren gestorben. Ein Kind einer Kusine der Mutter ist epileptisch. Gerhard K. ist das 8. von 8 Kindern.



Röntgenaufnahme der Füße von Fall 1.

Das 1. Kind (Mädchen) ist an Krämpfen gestorben, es hatte keine Abnormitäten. Das 2. Kind (Mädchen) hatte an einem Fuß 6 Zehen und an einer Hand 6 Finger (an welcher Seite, konnte die Mutter nicht mehr angeben). Die sechs Zehen waren alle gut ausgebildet, der sechste Finger hatte nur ein ca. 2 cm langes Glied, hatte keinen Nagel und kein Gelenk, sondern hing nur locker neben dem fünften Finger. Es war angeblich jedoch Knochen im Innern zu fühlen. Das Kind starb im Alter von $2^1/_2$ Jahren, konnte zur Zeit des Todes gehen, jedoch noch nicht sprechen.

Das Sehvermögen war angeblich gut (bei Gerhard K. wurde die Schwachsichtigkeit auch erst in der Schule erkannt). Das 3. Kind (Junge) starb im Alter von 10 Monaten, es zeigte körperlich und geistig keine Abnormitäten. Das 4. Kind (Junge) starb im Alter von 4 Monaten an Krämpfen. Keine Abnormitäten. Das 5. Kind (Mädchen) lebt, körperlich gut entwickelt, rechtsichtig und gut begabt. Das 6. Kind (Mädchen) starb mit 10 Monaten an Krämpfen, es war körperlich und geistig normal. Das 7. Kind (Junge) starb mit 4 Monaten an Krämpfen, ebenfalls normal. Außerdem hatte die Mutter 2 Fehlgeburten vor der Geburt des Gerhard, sie negiert jede luetische Infektion. Geburt und erste Entwicklung des Gerhard K. sind normal. Mit $1^1/_2$ Jahren wurde er plötzlich sehr dick, lernte jedoch zu dieser Zeit gehen, mit 2 Jahren sprechen, hielt sich aber nicht vor dem 5. Lebensjahr sauber. Sehschwäche wurde erst in der Schule erkannt. Mit 11 Jahren ist er in einen Keller gefallen, nach diesem Fall hat sich das Sehvermögen angeblich noch verringert. Sonst hat er keine Krankheiten gehabt.

Status praesens. 15 Jahre alt, 160 cm groß (151,3 cm [1])), 74,2 kg schwer (41,2 kg). Schädelumfang 57 cm (54,34), Schädellänge 18,1 cm, Schädelbreite 16 cm. Die Hinterhauptschuppe ist etwas abgeflacht. Das Kopfhaar ist ziemlich dicht, jedoch grob, fast struppig und trocken. Augenbrauen dünn. Achselhaare fehlen (Alter!). Genitale spärlich behaart (Alter!), femininer Typ. Die Haut ist trocken, weich und weiß, an den Oberschenkeln schwach marmoriert. Handgelenke breit, Hände sind



1—4 Sellae der Fälle 1—4.

sehr kurz und sehr breit, die Finger sind kegelförmig zugespitzt. Keine X- und keine O-Beine, Füße breit und kurz. Beiderseits sechs Zehen. Die 3. Zehe ist beiderseits etwas kleiner, besonders rechts. Die linke 6. Zehe hat kein ganz festes Gelenk, sie hängt etwas lockerer nach lateralwärts. Das Röntgenbild zeigt, daß der rechte 5. Mittelfußknochen sich in der Mitte gabelt und jeder der Gabelarme ein voll entwickeltes, vollkommen voneinander getrenntes Gelenk trägt. Links ist keine Gabelung, beide Gelenkflächen setzen am distalen Ende

[1]) Die Zahlen in Klammern geben Durchschnittsgröße und Durchschnittsgewicht nach Quetelet und Kopfumfang nach Daffner an.



des Mittelfußknochens an, nur sind die Gelenkflächen durch eine kleine, ungefähr 2 mm tiefe Rille getrennt. Die Gelenkfläche für die 6. Zehe ist schmaler als die der fünften. Es besteht ein geringer Grad von Plattfuß. Augen frei beweglich. Leichter Nystagmus horizontalis. Pupillen reagieren träge auf Licht und Konvergenz. Kein Exophthalmus. Ophthalmoskopischer Befund: beiderseits zentrale choriodale Flecke, Papille abgeblaßt, keine bitemporale Hemianopsie, Gesichtsfeld peripher frei. Fingerzählen in $^1/_2$ m Entfernung. Unter den Augen starke Fettwülste, Ohren nicht angewachsen, Gehör gut. Mundöffnung mittelgroß, Lippen schmal, Zähne normal und gut erhalten. Rachen o. Besonderheiten. Gaumen normal gewölbt. Thyreoidea nicht mit Sicherheit fühlbar. Thorax sehr breit. Skapula scaphoidea negativ. Herz und Lunge o. B., Lungenkapazität 90,5 zu 92 cm. An den Mammae erhebliche Fettanhäufung, Mamillarhof und Mamille ohne Pigmentansammlung, Hof fein geädert und bläulich verfärbt. Leber und Milz nicht fühlbar, Penis klein, Skrotum normal, Hoden pflaumengroß. Prostata nicht fühlbar. Urinmenge normal, Urin ohne Besonderheiten. Kein ausgesprochenes Durstgefühl, Darmtätigkeit normal. Die Stimme ist hoch, hat eunuchoiden Charakter.

Blut:		
	Hämoglobin	98%
	Erythrozyten	4987 000
	Leukozyten	8 700
	Polymorphkernige	66%
	Mononukleäre	$2^1/_2$%
	Lymphozyten	$25^3/_4$%
	Eosinophile	$5^1/_4$%
	Basophile	$^1/_2$%.

Blutsenkungsgeschwindigkeit 3 Stunden 10 Minuten, Wassermannreaktion im Blut negativ. Die Fettansammlung ist besonders an den Hüften und in den Bauchdecken sehr stark. An den Hüften und vorne an den Oberarmen unmittelbar unterhalb des Schultergelenkes finden sich frische Striae. Die Gemütsstimmung ist gleichmäßig ruhig und heiter, er läßt sich nur sehr schwer aus seiner Ruhe bringen. Trotz seiner 15 Jahre ist er noch sehr kindlich. Das Röntgenbild des Schädels zeigt eine normal große Sella turcica. Es ist kein Anhaltspunkt für Hydrocephalus vorhanden. Trotzdem er die Schule seit 1919 besucht, weist sein Wissen große Lücken auf. Genauere Intelligenzprüfung ergab Imbezillität mittleren Grades.

Fall 2. Reinhold O. Keine hereditäre Belastung. Reinhold ist das 10. von 13 Kindern. 2 jüngere Geschwister sind frühzeitig gestorben. Ein älterer Bruder leidet an luetischen Beingeschwüren. Vor der Geburt des Reinhold hatte die Mutter eine Fehlgeburt (11. Woche). Geburt rechtzeitig und normal. Wurde $^1/_2$ Jahr gestillt, lernte mit einem Jahr gehen, sprechen jedoch erst im 6. Jahr. Als er mit 6 Jahren zur Schule ging, konnte er manche Worte noch nicht richtig aussprechen. Hatte im 2. Jahr Masern, im 8. Jahr Typhus abdominalis, im 9. Jahr Hautausschläge. Er ist Linkshänder, spielt gern mit Kindern. Er ist aus der 2. Klasse der Volksschule entlassen, erscheint geistig etwas schwerfällig.

Status praesens: 18 Jahre alt. Größe 152,2 cm (163 cm) gegen 137,5 cm 1923 (151,3 cm). Gewicht 67,5 kg (53,9 kg) gegen 42,2 kg 1923

(41,2 kg). Kopfumfang 53,5 cm (54,91 cm) gegen 50,5 cm 1923 (54,34 cm). Stirn ist schmal, die Schläfengegend beiderseits eingedrückt besonders stark links. Das dichte Kopfhaar ist eher grob als weich zu bezeichnen, im Gesicht Bartflaum. Typ der Behaarung männlich. Achselhaare normal. Haut ist trocken und warm, am Oberkörper ist sie weich, an der Dorsalseite der Arme, an den unteren Extremitäten und am Gesäß sehr rauh. An beiden Unterschenkeln viele Narben von Pfennig- bis Markstückgröße, die wahrscheinlich luetischer Natur sind. Die Handgelenke sind breit, die Hände sehr kurz und außerordentlich breit, geradezu flossenartig. Finger nicht kegelförmig. Die Füße sind ebenfalls kurz und breit. Es sind keine Plattfüße und weder X- noch O-Beine vorhanden. Geringer Strabismus convergens links. Pupillen reagieren auf Licht träge. Kein Exophthalmus. Sehschärfe beiderseits 1/20. Leichter Nystagmus horizontalis. Ophthalmoskopischer Befund: Trübung und Abblassung der Papille beiderseits, Gefäße ziemlich dünn. Retinitis pigmentosa sine pigmento. Mundöffnung zeigt mittlere Größe. Die Lippen sind schmal, Zähne gut erhalten und normal. Rachenorgane ohne Besonderheiten, der Gaumen ist etwas steil. Die Thyreoidea ist nicht mit Sicherheit festzustellen. Hals kurz. Brustkorb sehr kurz und breit. Skapula scaphoidea geringen Grades vorhanden. Lunge und Herz ohne Besonderheiten. Lungenkapazität 89,5/96 cm. Mammae nicht besonders fettreich, Mamillarhof pigmentiert. Leber und Milz nicht tastbar. Penis klein, ebenso Scrotum und Hoden im Wachstum hinter dem Durchschnitt zurückgeblieben. Prostata nicht mit Sicherheit fühlbar. Urinmenge normal, Urin ohne Besonderheiten. Kein ausgesprochenes Durstgefühl. Darmtätigkeit gut. Stimme zeigt keine Abweichung vom Durchschnitt.

Blut:		
	Hämoglobin	96%
	Erythrozyten	4 930 000
	Leukozyten	6 400
	Polymorphkernige	$69^1/_4$%
	Mononucleäre	$4^1/_2$%
	Lymphozyten	24%
	Eosinophile	2%
	Basophile	$^1/_4$%

Blutsenkungsgeschwindigkeit zwei Stunden 32 Minuten. Wassermann im Blut war 1923 positiv, die letzte Blutuntersuchung ist negativ ausgefallen.

Die Fettansammlung ist besonders stark an den Hüften, am Gesäß und in den Bauchdecken. An den Hüften und an der Vorderseite der Oberarme unterhalb des Schultergelenks sind Striae vorhanden. Reinhold Ö. ist gleichmäßig ruhig, gutmütig, fügsam und etwas schwerfällig im Denken und Handeln. Das Röntgenbild zeigt keine Veränderung der Sella turcica, die auf einen Tumor hindeutet. Die Processus clinoidei post. sind etwas stark ausgebildet und überragen die Sella bis zur Hälfte. In diesem Falle liegt kein ausgesprochener Schwachsinn vor, aber es besteht doch ein gewisser Grad von geistiger Minderwertigkeit. Reinhold Ö. hat nicht alle Klassen der Volksschule besucht, sondern ist von der 2. Klasse aus der Schule entlassen worden.

Im 3. Falle ist wieder ausgesprochener Schwachsinn nebst Retinitis pigmentosa, Fettsucht und Genitalhypoplasie vorhanden.

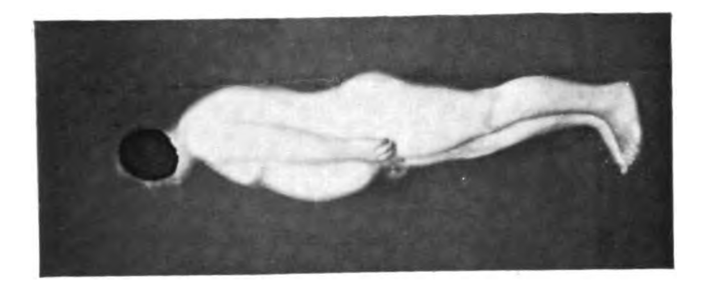
Fall 3. Emil M. Mutter macht bei der Zuführung des Kindes in die Anstalt schwachsinnigen Eindruck. Emil ist das 6. von neun Kindern, nach der Geburt des 3. Kindes hatte Mutter einen Abort. Geburt des Emil rechtzeitig und normal. Fünf Kinder sind gestorben (Krämpfe, Frühgeburt, Masern, Schwäche). Emil lernte mit $1^1/_2$ Jahren gehen, sich mit 2 Jahren sauberhalten, mit 3 Jahren sprechen.

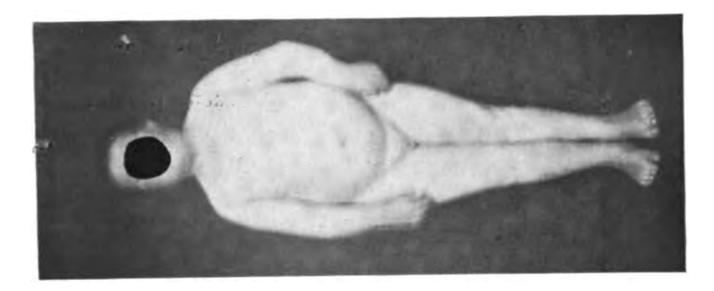
Status praesens: 12 Jahre 8 Monate alt, 137,5 cm groß (140,7 cm), Gewicht 57,1 kg (31,7 kg). Schädelumfang 54,5 cm (52,76). Schädellänge 17,5 cm, Schädelbreite 14,5 cm. Haardichte mittel. Das Haar ist grob und trocken. Keine Behaarung im Gesicht und am Körper (Alter !). Haut ist trocken und weich, an den Oberarmen und Oberschenkeln rauh und marmoriert. Die Handgelenke sind breit, die Hände zeigen gewöhnliche Formen. Finger kegelförmig. Die Daumen dagegen sind im Verhältnis zu den Fingern schlank. Emil hat X-Beine geringen Grades. Füße sind breit. Die zweite und dritte Zehe sind etwas weiter zusammengewachsen als die anderen. Keine Plattfüße. Augen frei beweglich. Pupillen reagieren auf Licht und Konvergenz. Ophthalmoskopischer Befund: Beiderseits Retinitis pigmentosa. Visus 2/5. Nachtblindheit.

Im Gesicht starke Fettansammlung, besonders unter den Augen und in den abhängigen Teilen der Wangen. Lidspalten sehr klein. Mund mittelgroß, Zähne normal und gut erhalten. Rachenorgane ohne Besonderheiten, Gaumen steil und schmal. Thyreoidea nicht fühlbar. Torax breit und kurz. Lungenkapazität 86,5/87,5 cm. Atmung ganz oberflächlich. Lunge und Herz ohne Besonderheiten. Keine Scapula scaphoidea. Leichte Skoliose. An den Mammae keine starke Fettanhäufung. Keine Pigmentablagerung im Mamillarhof. Leber und Milz nicht tastbar. Linker Ellenbogen verdickt, desgl. der linke Unterarm infolge schlecht verheilter Fraktur. Der linke Unterarm ist kürzer als der rechte. Bewegungen im linken Ellenbogen beim Strecken behindert. Penis ca. 1 cm lang, verschwindet fast in einem Fettwulst. Scrotum sehr klein, Raphe stark eingezogen, Hoden beiderseits bohnengroß. Prostata nicht fühlbar. Urinmenge normal, Urinuntersuchung zeigt keine Besonderheiten. Kein besonderes Durstgefühl, Darmtätigkeit gut. Stimme weicht nicht vom Durchschnitt ab.

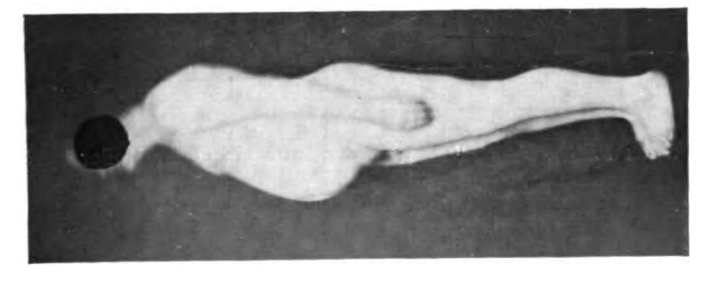
Blut:		
	Hämoglobin	93%
	Erythrozyten	5 266 000
	Leukozyten	9200
	Polymorphkernige	$63^2/_3$%
	Lymphozyten	$28^2/_3$%
	Mononucleäre	$3^1/_6$%
	Eosinophile	$3^1/_2$%
	Basophile	1%.

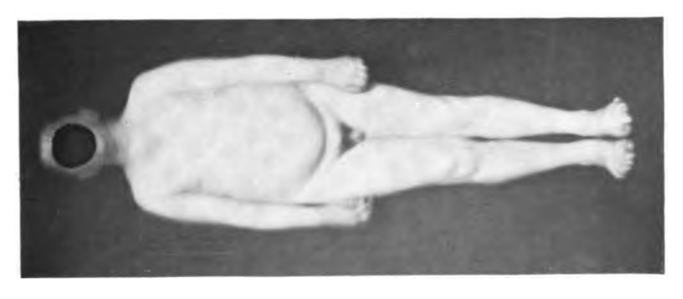
Blutsenkungsgeschwindigkeit 3 Stunden 40 Minuten. Wassermannreaktion im Blut negativ. Fettansammlung besonders stark im Gesicht, in den Bauchdecken und an den Hüften. Emil M. ist im allgemeinen gleich-





Fall 3.





Fall 1.

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band LXXXVI Tafel II.
Zu „Lange, Beiträge zur Dystrophia“.

Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10.



Links Fall 3, rechts Fall 1, in der Mitte ein normalgroßer 18jähriger Zögling.

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band LXXXVI Tafel III.
Zu „Lange, Beiträge zur Dystrophia".
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10.

mäßig ruhig, in seinen Bewegungen schwerfällig. Er ist aber gegen Schmerz sehr empfindlich und jammert bei Blutentnahmen usw. sehr viel. Bei einer zweiten Blutentnahme war er schon auf dem Wege zum Untersuchungszimmer außerordentlich ängstlich und weinerlich. Das Röntgenbild gibt keinen Anhalt für einen Tumor der Hypophyse. Die psychische Untersuchung ergab Imbezillität mittleren Grades.

Riese fand bei seinen Untersuchungen über die Persönlichkeitsmerkmale bei Hypophysenkranken Gutmütigkeit, Geduld, Nachsichtigkeit, Fügsamkeit, Selbstunsicherheit, schwere Entschlußfähigkeit, Denkfaulheit, Uninteressiertheit und ungewöhnliche Toleranz gegen körperliche und seelische Leiden. Mit ihrer „erschreckenden Ruhe" erinneren sie an das Verhalten von Katatonikern. Diese Charaktereigenschaften treffen zum größten Teil auch bei den hier angeführten Fällen 1—3 zu.

Im Falle 4 handelt es sich um einen intrasellaren Tumor, der wahrscheinlich vom Mittel- und Hinterlappen seinen Ausgang genommen hat, dann aber die ganze Sella ausfüllte und weiter nach oben vorne und oben gewachsen ist, so die Sehnervenkreuzung und das Zwischenhirn in Mitleidenschaft zog.

Fall 4. Albert H. Familienanamnese zeigt keine Heredität. Als Kind nie krank gewesen, war jedoch immer schwächlich. Hat früher eine Siebbeinoperation durchgemacht. Albert H. arbeitete seit dem 7. Jan. 1923 (geboren 11. 4. 1907) in einer Glashütte. Im Herbst 1923 bekam er von Zeit zu Zeit Kopfschmerz, der 4 bis 5 Tage anhielt und angeblich vom Hinterkopf ausging und nach vorne zu ausstrahlte. Dann setzten die Kopfschmerzen 10—14 Tage aus, um erneut 4—5 Tage anzuhalten. Als im November 1923 die Kopfschmerzen wieder einige Tage ausgesetzt hatten, trat Flimmern vor den Augen auf. Von da ab nahm die Sehschärfe allmählich ab. Eines Morgens Anfang 1924 konnte er keinen Schwarzdruck mehr lesen. Trotz fachärztlicher Behandlung erblindete er im Laufe des Jahres 1924 vollkommen. Schon im Sommer 1924 waren Schwindelanfälle aufgetreten, zunächst nur selten, später häuften sie sich. Auch litt er seit der Erblindung stark an Obstipation und begann sehr fett zu werden. Im Oktober 1924 fand er Aufnahme in der Blindenanstalt Chemnitz-Altendorf.

Befund bei der Aufnahme (4. 10. 1924): Alter $17^1/_2$ Jahr, Größe 164 cm, (161 cm). Gewicht 68,1 kg (52 kg). Schädelumfang 55 cm (54,89 cm). Schädellänge 19,3 cm, Schädelbreite 14,5 cm. An den inneren Organen kein krankhafter Befund. Nur die rechte Pupille reagiert auf Lichteinfall in geringem Maße. Ophthalmoskopischer Befund: beiderseits Atrophia nervi optici ex neuritide. Sehschärfe: links werden Bewegungen direkt vor dem Auge erkannt, rechts Fingerzählen in $^1/_2$ m Entfernung. Reflexe normal, Geschmack intakt. Geruch schlecht, kann Essig, Petroleum nicht erkennen. Nasenschleimhaut gerötet und geschwollen. Psychisch keine Besonderheiten.

Auszug aus der Krankengeschichte.

21. 11. 1924. Klagt über Schwindel, ist obstipiert.

10. 1. 1924 (Augenarzt). Beiderseits besteht auch heute Atrophia nervi optici ex neuritide. Rechts ist noch eine Schwellung und Trübung

des Gewebes sichtbar. Beiderseits sind die Grenzen der Papilie unscharf. Pupillen sind weit und reaktionslos. Nystagmus. Amaurose. Wahrscheinlich ist die Atrophie durch ein Gehirnleiden bedingt. Die Prognose ist absolut ungünstig.

Dieser Befund wurde später durch das Röntgenbild bestätigt, das zu der Diagnose führte: Hypophysentumor, der die Sella turcica bis zur Breite von $2^1/_2$ cm erweitert und den angrenzenden Knochen stark usuriert hat.

13. 1. 1925. Appetit immer gut. Stuhlgang unregelmäßig. Früher alle drei bis vier Tage, jetzt, nach Regelung, alle ein bis zwei Tage. Bei Tage sehr müde, so daß ihm die Augen zufallen. Keine pathologischen Reflexe.

20. 3. 25. Geringe Obstipation. Geringes Schwindelgefühl, das nach Stuhlentleerung stets verschwindet.

25. 4. 25. Hat angeblich zu Hause (auf Urlaub) mehrere Schwindelanfälle gehabt.

6. 5. 25. Leichtes Fieber, akute Rachenrötung. Schmerzen in der Schläfengegend.

13. 5. 25. Schneller Rückgang aller Beschwerden. Keine Hirndrucksymptome.

16. V. 25. Heute plötzlicher Schwindelanfall, angeblich kein Bewußtseinsverlust, hatte unfreiwilligen Urinabgang.

7. 10. 25. Klagt über Kopfschmerzen, die vom Hinterkopf zur Stirn ziehen, akustische Überempfindlichkeit. Kein Schwindel.

15. 10. 25. Klagt in den letzten Tagen über Schwindelanfälle. Ist gegen das viele Sprechen der übrigen Zöglinge sehr empfindlich.

28. 10. 25. Gewicht 78,4 kg. Größe 1,65 m. Klagt über Obstipation. Ist jetzt völlig blind.

19. 4. 1926. Größe 1,65 m. Gewicht 68,5 kg.

15. 9. 1926. Gelegentlich noch Obstipation. Keine Schwindelanfälle in der letzten Zeit.

Status praesens: Alter $19^1/_2$ Jahre, Größe 165 cm, Gewicht 64,5 kg. Schädelumfang 56 cm, Schädellänge 19,3 cm, Schädelbreite 14,5 cm. Kopfhaar zeigt mittlere Dichte und Beschaffenheit. Körperbehaarung ist normal und trägt maskulinen Charakter. Haut ist trocken und warm, keine Rauhigkeit, keine Marmoration. Handgelenke, Hände und Füße sind normal gebaut, keine X- und keine O-Beine. Mundöffnung hat mittlere Größe, Zähne sind gut erhalten und zeigen keine Abnormität. Rachenorgane und Gaumen ohne Besonderheiten. Nasenschleimhaut weicht zurzeit nicht von der Norm ab, Geruch mangelhaft. Thyreoidea fühlbar. Thorax breit und gut gewölbt. Herz und Lunge gesund. Lungenkapazität 85: 93 cm. Mittlere Fettansammlung in den Mammae, Mamillarhof pigmentiert. Leber und Milz nicht tastbar. Genitale von normaler Größe und Beschaffenheit. Patient gibt an, seit seiner Erblindung keine Veränderung in der Funktion und der Beschaffenheit des Genitalapparates bemerkt zu haben. Prostata ist fühlbar. Urinmenge zeigt den Durchschnitt. Urin hat keine pathologische Beschaffenheit. Kein ausgesprochenes Durstgefühl. Leidet an Obstipation. Stimme dem Alter und Geschlecht entsprechend.

Blut:		
	Hämoglobin	96%
	Erythrozyten	4 850 000
	Leukozyten	8 600
	Polymorphkernige	$65^3/_4$%
	Lymphozyten	$26^1/_2$%
	Mononucleäre	$6^1/_4$%
	Eosinophile	$1^1/_2$%
	Basophile	0%

Blutsenkungsgeschwindigkeit 2 Stunden 4 Minuten. Wassermannreaktion im Blut negativ. Röntgenaufnahme gibt keinen Anhalt für eine weitere Ausbreitung des Tumors nach der Schädelbasis hin. Ophthalmoskopischer Befund: Pupillen weit und reaktionslos. Nystagmus. Geringer Strabismus convergens. Keine Augenmuskelstörungen, kein Exophtalmus. Beiderseits Atrophia nervi optici. Grenzen der Papillen beiderseits unscharf. Kann nur Tag und Nacht unterscheiden. Die Fettansammlung trägt maskulinen Charakter, doch sind auch an den Hüften und Oberarmen Striae vorhanden.

Zalkan und *Popova* fanden bei dem schon erwähnten Fall eines Karzinoms im Bereiche des Zwischenhirns und der Hypophyse allmähliche Erblindung und zunehmende Schlafsucht. Das letzte Jahr seiner Erkrankung schlief deren Patient fast beständig. Der Schlaf glich dem physiologischen Schlaf, erwachte der Patient, war er orientiert und zeigte keine Bewußtseinstrübung. Beide Autoren folgern aus ihren Beobachtungen und Untersuchungen, „daß in Anfällen auftretende und allmählich in dauernden Schlaf von physiologischem Typ übergehende Somnolenz ein Herdsymptom des Zentralnervensystems ist, daß die den regelmäßigen Wechsel von Schlaf und Wachen regulierenden Apparate im Tuber cinereum gelegen sind [1]."

Im Falle 4 trat im Januar 1924 ebenfalls auffallende Müdigkeit ein, so daß ihm die Augen bei der Arbeit zufielen. Es muß daher daran gedacht werden, daß zu dieser Zeit das Schlafzentrum in Mitleidenschaft gezogen und durch Vergrößerung des Tumors bedroht gewesen ist.

Für die Behandlung der hypophysären Fettsucht ohne Tumorbildung kommen in erster Linie Drüsenpräparate in Frage. So empfehlen *Gardiner-Hill*, *Jones* und *Forest* für hypophysäre Fettsucht in der Jugend Schilddrüsen- und Hypophysenpräparate und sahen Besserungen, solange die Verabreichung der Präparate dauerte. *Zondek* verabreichte Diureticis und Schilddrüsenpräparate bei Salz- und Wasserkarenz und Bettruhe. *Göring* gibt Hypophysensubstanz in Verbindung von kleinen Mengen von Thyreoidin. *Frazier* gibt als

[1]) Vgl. auch die Schlafstörungen bei der epid. Encephalitis.

Behandlung Organtherapie, bei Tumoren auch Röntgenbestrahlung und Operation an. In der Organtherapie empfiehlt er Schilddrüsen- und Hypophysenpräparate. Diese und die Röntgenbestrahlung kommen nur für einen kleinen Teil der Fälle in Betracht. Bei der transnasalen Operationsmethode hat er eine geringere Mortalität aufzuweisen als bei der kranialen Methode. Seine Mortalität beträgt von 29 Fällen 3,4 %. Die Operation soll möglichst stattfinden, ehe es zu einer hochgradigen Opticusatrophie gekommen ist. *Pardee* berichtet über Erfolge von nichtoperativer Behandlung von Neubildungen der Hypophyse durch Röntgenbestrahlung oder Behandlung mit Hypophysenextrakt oder auch Hypophysenpräparaten mit anderen Drüsenextrakten.

Dott, *Normann* und *Bailey* schlagen bei Adenomen der Hypophyse die transsphenoidale oder auch transfrontale Operation vor, um das Sehvermögen und die Drucksymptome zu bessern. *Kostic* berichtet über 3 Operationen auf transsphenoidalem Wege nach der *Cushing*schen Methode, wobei ein Exitus eintrat. *Lautenschläger* operierte ein Adeno-Karzinom der Hypophyse nach Luxation der lateralen Nasenwand, Ausräumung der Siebbeinzellen und Öffnung der Keilbeinhöhle. Exitus trat nach 4 Monaten durch Atemlähmung ein.

Durch Röntgenbestrahlung erreichten *Audan* und *Knentz* bei Gehirnerkrankungen hypophysärer Natur Besserungen, die bis zu 4 Jahren anhielten. *Town* teilt 2 Fälle mit, bei denen er Besserung resp. Heilung durch Röntgenbestrahlung erzielt hat. Auch Favaloro schlägt bei schweren Augensymptomen parahypophysären oder hypophysären Ursprungs Röntgenbestrahlung vor.

Zum Schluß sei noch ein Versuch *Schereschewki*s erwähnt, der einen gesunden kryptorchen Hoden transplantierte, aber keinen „therapeutischen Effekt" erzielte.

Als Therapie für die Fälle 1—3 kommen Hypophysenextrakte oder Hypophysensubstanz in Verbindung mit Präparaten anderer endokriner Drüsen in Betracht. Mit Prähypophen (Gehe) ist kein Erfolg erzielt worden. Mit Hormogland, einem Präparat, das neben Testis-, Thyreoidea-, Nebennieren- auch Hypophysenextrakt enthält, ist lediglich im Fall 3 ein Gewichtsstillstand beobachtet worden (Hormogland der Firma Gedeon Richter, Budapest). Im Falle 4 hätte zu Beginn der Erkrankung durch Röntgenbestrahlung vielleicht eine Besserung erzielt werden können, jetzt käme lediglich bei bedrohlichen Tumorsymptomen ein operativer druckentlastender Eingriff in Frage.

Die Fälle 1—3 entsprechen der von *Raab* beschriebenen Sondergruppe, die er unter dem Symptomkomplex Retinitis pigmentosa, Fettsucht, Genitalhypoplasie und geistige Minderwertigkeit zusammenfaßt. Einige Forscher nehmen als Ursache solcher Fettsucht hereditäre Lues an. Bei den besprochenen Fällen handelt es sich jedoch nur im Falle 2 nachweisbar um Lues. Im Falle 1 (G. K.) hatte die Mutter vor der Geburt des G. zwei Fehlgeburten. Sie negiert jedoch jede luetische Infektion. Wassermannreaktion ist im Blut bei G. K. negativ. Auch daß das Gewicht des G. K. bei einer längeren Behandlung mit Casbis und Jodkali während dieser Zeit um 2,5 kg anstieg, spricht gegen eine Erkrankung auf luetischer Basis. Im Falle 3 (E. M.) hatte die Mutter vor der Geburt des E. M. ebenfalls eine Fehlgeburt, aber auch hier sind keine weiteren Hinweise vorhanden, die auf eine Lues deuten. Man geht wohl nicht fehl, wenn man die Fälle 1—3 als Folge einer allgemeinen Degeneration auffaßt. Im Falle 4 handelt es sich ohne Zweifel um einen intrasellaren Tumor, der im ersten Jahre schnell gewachsen ist, und bald über die Grenzen der Sella hinausreichte, Kopfschmerz, Schwindel, Erblindung und zeitweise Schlafsucht verursachte. Das Wachstum des Tumors scheint jedoch zum Stillstand gekommen zu sein, denn seit einem Jahre ist keine Verstärkung und Vermehrung der Symptome zu beobachten gewesen.

Zum Schluß ist es mir eine besonders angenehme Pflicht, Herrn Oberregierungsmedizinalrat Professor Dr. *Heinicke*, Direktor der Landeserziehungsanstalt für Blinde und Schwachsinnige in Chemnitz-Altendorf, für die liebenswürdige Überlassung der Krankheitsfälle meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Pines, Über die Innervation der Hypophysis cerebri, Zeitschrift für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie, 100. Bd. 1. Heft, Dez. 1925, und Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. 32, Heft 1 u. 2, 1925. Zentralblatt f. d. gesamte Neurologie und Psychiatrie, Bd. XLII und XLIII. — *Raab*, Klinische und röntgenologische Beiträge zur hypophysären und zerebralen Fettsucht und Genitalatrophie. Wiener Archiv für innere Medizin, VII. Bd. 1924. — *Raab*, Zur Pathogenese der Dystrophia adiposogenitalis, Medizinische Klinik, Jahrgang 1925, Nr. 3.

Ein moderner Prophet.

Von

J. Hoffmann-Königsberg.

Wenn ich über einen modernen Propheten Bericht erstatten will, muß ich zunächst eine Begriffsbestimmung geben. Wir wollen analog den Propheten des Alten Testaments als Propheten bezeichnen einen Menschen, der sich selbst ganz als Werkzeug und Sprachrohr Gottes fühlt mit dem Auftrage, den Willen Gottes zu offenbaren.

Schwere Zeiten wie die unsere — auch die alttestamentlichen Propheten erheben ihre Stimme in Zeiten politischen, moralischen und wirtschaftlichen Niedergangs — schaffen für den Propheten den geeigneten Resonnanzboden. So ist es denn nur selbstverständlich, daß wir in der ärztlichen Praxis jetzt weit häufiger als früher mit gläubigen Anhängern solcher Propheten bekannt werden. Dadurch angeregt, habe ich mich mit etlichen solcher Propheten beschäftigt. Der, von dem nun die Rede sein wird, erscheint mir als ein Prototyp, mit dem sich meines Wissens übrigens bisher kein Psychiater beschäftigt hat. Sein Name ist Jakob Lorber.

Geboren wurde dieser merkwürdige Mann im Jahre 1800 in einem steiermärkischen Dorfe, gestorben ist er anno 1864 in Graz, der Hauptstadt der Steiermark. Sein Vater war Bauer, sehr musikalisch, im Nebenberuf Dirigent einer Kapelle. Seine Mutter, eine geb. Tautscher, wird als Wendin bezeichnet. Eine erbliche Belastung ist nicht festzustellen, die Vorfahrenreihe ist bis ins 17. Jahrhundert zurückzuverfolgen. Jakob Lorber hat die musikalischen Fähigkeiten seines Vaters ererbt und wurde frühzeitig im Geigen-, Klavier- und Orgelspiel ausgebildet. Auch sonst fiel er durch Begabung und allerlei geistige Interessen auf, war aber schüchtern und von geringem Selbstvertrauen, kurz er war eine dem praktischen Leben abgeneigte Künstlernatur. Nachdem er bis zum 19. Lebensjahr privaten Sprachunterricht erhalten hatte, besonders im Lateinischen, besuchte er 5 Jahre das Gymnasium, verließ die Schule aus unbekannten Gründen, war dann einige Jahre Hauslehrer und Musiklehrer in Graz, nahm dann in plötzlichem Entschlusse an einem höheren pädagogischen Kursus für

Lehrer teil und bekam ein gutes Zeugnis zur Eignung als Hauptlehrer. Seine erste Bewerbung um eine Lehrerstelle schlug fehl, was ihn sofort derartig entmutigte, daß er von jeder weiteren Bewerbung Abstand nahm und statt dessen Privatlehrer für Gesang, Klavier- und Violinspiel wurde. Außerdem komponierte er, trat als Violinvirtuose auf, kam als solcher übrigens mit Paganini in Berührung, bei dem er auch einigen Unterricht nahm. Lorber scheint nun auf dem besten Wege, ein erfolgreicher Künstler zu werden. Aber er hatte auch noch eine andere Seite. Nämlich er las viel in der Bibel, studierte außerdem mystische Bücher von Justinus Kerner, Swedenborg, Jakob Böhme, Jung-Stilling, Suso, Tennhardt und Kerning. Außerdem beschäftigte er sich mit Astronomie.

Inzwischen war er 40 Jahre alt geworden, ohne es im Leben zu einer festen Stellung gebracht zu haben. Da bekam er eines Tages eine Berufung als Kapellmeister nach Triest, seine Zukunft schien nun gesichert; aber es kam anders. Im Begriff, die Reise zu seiner Stelle nach Triest anzutreten, erhebt er sich morgens um 6 aus dem Bett und hört plötzlich links in der Brust in der Herzgegend eine deutliche Stimme, die ihm zuruft: „Steh auf, nimm deinen Griffel und schreibe!". Dieser geheimnisvollen Aufforderung leistete er Folge, reiste nicht nach Triest, sondern schrieb 24 Jahre lang bis zu seinem Tode das auf, was ihm die innere Stimme diktierte. Er begann schon immer frühmorgens vor dem Frühstück zu schreiben und vergaß ob seiner Tätigkeit oft die Mahlzeiten. Er saß dabei ganz in sich gekehrt und führte mäßig schnell, aber ohne eine Pause des Nachdenkens zu machen oder eine Stelle des Geschriebenen zu verbessern, ununterbrochen die Feder wie jemand, dem etwas diktiert wird. Nach seiner Angabe hatte er auch oft die bildliche Anschauung des Gehörten. Meist ist es Gottes Stimme, die ihm diktiert, zuweilen übernimmt auch ein Engel dessen Vertretung. Manchmal hörte er auch die Stimmen Verstorbener. Diese nahm er aber im Hinterkopf wahr, während Gottes Stimme immer in seiner Herzgegend ertönte.

Das alles läßt sich wohl kaum anders deuten, als daß der Mann plötzlich im Alter von 40 Jahren mit Halluzinationen auf dem Gebiete des Gehörs- und Gesichtssinnes erkrankt, daß der schizothyme Psychopath schizophren geworden ist. Als „Schreibknecht des Herrn", wie er sich nannte, vernachlässigte er die Sorge um seine Person immer mehr, verdiente durch Musikstunden nur knapp seinen Lebensunterhalt und verschenkte das Erworbene oft an Bettler, so daß seine Freunde für seinen Lebensunterhalt sorgen mußten.

Daß ein Mensch sich anscheinend in vorgerückten Lebensjahren befinden muß, um auf psychotischem Wege zum erfolgreichen Propheten erweckt zu werden, dafür gibt es auch sonst Beispiele genug. Mohamed z. B. war im fünften Jahrzehnt, Swedenborg aber im sechsten Jahrzehnt seines Lebens. Letzterer besonders hat mit Jakob Lorber viel Verwandtes. Auch die geistige Verfassung der Swedenborggemeinde ist der der Lorbergemeinde ähnlich.

Abgesehen von seiner Schreibtätigkeit blieb Lorber durchaus geordnet, soll sogar beim Glase Wein im Freundeskreise auch über weltliche Dinge unterhaltsam und witzig gesprochen haben. Was den Umfang von Lorbers Schriften betrifft, so können sich diese getrost mit einer Gesamtausgabe von Goethes Werken messen.

Der Inhalt seiner Werke ist von größter Mannigfaltigkeit und zeugt von echter künstlerischer Gestaltungskraft. Daß eine Psychose oft kein Hinderungsgrund für künstlerische Betätigung ist, wissen wir ja, unter anderm durch *Prinzhorns* Untersuchungen; auch *Birnbaums* gesammelte Psychopathologische Dokumente beweisen das.

Daß ich nicht sämtliche Werke Lorbers gelesen habe, bitte ich mir zu verzeihen. Ich habe aber mehrere nicht zu umfangreiche Bücher von ihm gelesen sowie eine ausführliche Besprechung seiner dicken Foliobände. Außerdem habe ich mich mit mehreren Heften der Zeitschrift der „Freunde des Neu-Salems-Lichtes", wie sich die Lorber-Anhänger nennen, beschäftigt.

Sein umfangreichstes Werk, 10 Foliobände von je 450 Seiten, nennt er „Johannes oder das große Evangelium" und schildert darin mit der größten Ausführlichkeit das Leben und die Lehren Jesu während der 3 Jahre seiner Wirksamkeit. Damit verglichen erscheint das Neue Testament beinahe dürftig und lückenhaft. Auch neue Wundergeschichten berichtet Lorber, z. B. kehren die zwölf Jünger von einer Missionsreise auf dem Luftwege zu Jesus zurück.

Ein anderes Buch, 3 Foliobände, trägt den etwas schizophrenen Titel „Die Haushaltung Gottes" und ist eine phantastische Darstellung der Schöpfung des Weltalls und der Urgeschichte der Menschheit.

Über die Sonne und ihre Bewohner gibt ein weiteres Buch Aufschluß. Die Bewohner der Sonne sind natürlich hitzebeständige Geister. Die zu unserer Erde gelangenden Sonnenstrahlen sind nichts anderes als Sonnengeister, wie überhaupt Lorbers Naturoffenbarungen am besten als ein geistiger Monismus bezeichnet werden können. Die Materie wird aus allen möglichen Geistern gebildet. Andererseits sind

die Weltkörper, z. B. unsere Erde, große lebendige Organismen mit einer Mundöffnung am Nordpol, einem After am Südpol.

Die Entwicklungsgeschichte der Tiere wird so dargestellt, daß eine Tierart die andere auffrißt und dadurch sich zur nächst höheren entwickelt.

Worauf die Lorberianer aber ganz besonders stolz sind, ist, daß Lorber gesagt hat, das Atom sei aus kleineren Bestandteilen zusammengesetzt, die ihrerseits ein Abbild des Weltalls seien. Das habe nämlich jetzt zwei Menschenalter nach Lorbers Tode die Wissenschaft bestätigt durch den Nachweis der um einen Kern kreisenden Elektronen, aus denen nach moderner Anschauung das Atom besteht. Daß aber Amundsen bei seinem Polflug nicht den Mund der Erde gefunden hat ebensowenig wie die letzte Südpolar-Expedition den After der Erde, das kommt einfach daher, daß die richtige Polgegend trotz gegenteiliger Angaben in Wirklichkeit noch nicht erreicht worden ist. Man sieht, daß es den Lorberleuten nicht an geistiger Gewandtheit fehlt.

Sind auch die naturwissenschaftlichen Offenbarungen Lorbers ebenso zahlreich wie interessant, so sind die theologischen doch für seine Gemeinde wichtiger. Da hat ihm Gott z. B. einen Briefwechsel zwischen Christus und einem gewissen Agbar Ukkama diktiert, im ganzen 14 Briefe, die verlorengegangen waren, aber vom Bischof Eusebius im Jahre 300 erwähnt werden.

Noch ein anderes verlorengegangenes Schriftstück hat Lorber der Welt wiedergegeben, nämlich einen Brief des Apostels Paulus an die Einwohner von Laodicea, den dieser ausdrücklich in einem Kolosserbrief erwähnt. Über diesen Brief äußert ein Pfarrer: „Wäre Lorber ein Betrüger und hätte den Brief aus eigener Phantasie erschaffen, so müßte er allerdings an Einfühlungs- und Sprachkunst ein Genie gewesen sein. Wahrlich, aus und in jeder dieser Zeilen lebt und glüht Paulus!“

Diese Wirkung des Lorberschen Geistesprodukts auf einen Pfarrer ist unzweifelhaft wieder ein Beweis für Lorbers Künstlertum.

Neben solchen mehr naturwissenschaftlichen und theologischen Offenbarungen finden wir noch eine weitere sehr merkwürdige Gruppe von Schriften, die das Leben nach dem Tode in so interessanter Weise schildern, daß sie zurzeit im Buchhandel vergriffen sind. Eins von diesen Büchern behandelt einen gewissen Bischof Martin, das andere den anno 1848 erschossenen Revolutionär Robert Blum; und zwar wird berichtet, wie sich diese beiden Persönlichkeiten nach ihrem Tode weiterentwickeln.

Die in diesen Schriften gegebene Jenseitsschilderung gibt aber selbst gläubigen Anhängern Lorbers manche Nuß zu knacken. Denn der für seine Person mönchisch lebende Prophet scheint bei der Beschreibung der jenseitigen Zustände seiner verdrängten Libido Luft zu machen.

Während man nämlich sonst nach christlicher Lehre im Jenseits weder freit noch sich freien läßt, erhalten Robert Blum und Bischof Martin nicht nur jeder ein Weib von Gott zugewiesen, sondern da kommt z. B. die Wiener Lenerl, eine verstorbene Halbweltdame, im Himmel an, stellt sich sogleich neben den Heiland und beginnt auf so graziöse Weise mit ihm zu scherzen, wie sie es auf Erden gewöhnt war; und siehe, der Heiland geht auf ihren Ton ein. Man sieht, Lorber übertrifft an Kühnheit der Phantasie selbst Jules Verne oder Karl May.

Diese genauen Nachrichten über das Schicksal Verstorbener haben es vielen Spiritisten angetan, die sich auch deswegen zu diesem Propheten hingezogen fühlen, weil dieser ja nicht nur ein wundervolles Schreibmedium ist, sondern auch allerlei Geister gehört, gesehen und zuweilen sogar gefühlt hat. Da Lorbers Kundgebungen so vielseitig sind, kann man es durchaus begreifen, daß sich eine sehr große Lorber-Gemeinde gebildet hat, hauptsächlich in Österreich, Deutschland und dem Deutsch sprechenden Teile der Schweiz.

Diese Gemeinde hat sich aber erst lange nach Lorbers Tode ganz allmählich gebildet. Lorber hat selbst nicht einmal die Drucklegung seiner Werke erlebt, die doch die Voraussetzung der Verbreitung ist. Er hatte nur einen kleinen Kreis von Freunden, unter denen sich Justinus Kerner, der allzu wundergläubige Dichter und Arzt, befand. Der bescheidene „Schreiber des Herrn" war eben gar kein Organisator, wie etwa der noch modernere Prophet Rudolf Steiner, der es seinem Organisationstalent und Reklamegenie zu verdanken hatte, daß noch bei seinen Lebzeiten die Zahl seiner Anhänger die Hunderttausend überschritten haben soll, während die Lorber-Anhänger diese Zahl noch nicht erreicht haben, obschon bereits seit einigen Jahren der Lorber-Verlag in Bietigheim, wo die gesamte Lorber-Literatur zu haben ist, rührige Propaganda macht und auch einige Wanderredner dauernd unterwegs sind.

Zum Schluß noch ein paar Worte über die Lorber-Gemeinde. Was die Menschen hier anlockt, ist das Geheimnisvolle, sie werden von einer unwiderstehlichen Neugier getrieben. Denn Lorber gibt gerade über solche Dinge Auskunft, die der menschlichen Erfahrung ewig unzugänglich sind. Ich habe gefunden, daß die Anhänger solcher Pro-

pheten meist stille, ängstliche Psychopathen sind, denen der Kampf ums Dasein recht schwer fällt. Es befinden sich aber darunter mehr Angehörige der gebildeten als der andern Kreise. Ganz anders sind aber die jetzigen Führer der Bewegung organisiert. Diese verfügen über erhebliches Selbstgefühl, Drang nach Reden und Taten und verstehen die Kunst der Menschenbehandlung.

Bemerkt sei noch, daß seit Lorbers Tode schon mehrere Mitglieder der Lorber-Gemeinde gleich Lorber das „innere Wort", wie sie es nennen, hören, d. h. also behaupten, nach dem Diktat Gottes zu schreiben; unter diesen befindet sich sogar eine Frau. Ich möchte jedoch bezweifeln, daß es sich in diesen Fällen auch um echte Halluzinationen handeln wird, sondern vermute, daß das nur durch die Tradition der Gemeinde induzierte Inspirationsgefühle sein dürften.

Beiträge zur Klinik der Chorea chronica [1]).

Von

Oberarzt Dr. **Ostmann.**

1. Bei einem körperlich sehr schwer, vielleicht auch überangestrengt arbeitenden Mann zeigten sich choreatische Zuckungen um das 35. Lebensjahr, die allmählich immer stärker wurden. Zugleich entwickelte sich eine Charakterveränderung, die zunächst weniger von seiner Umgebung beachtet wurde, bis sich endlich, acht Jahre nach dem Auftreten der ersten choreatischen Bewegungen, ein Erregungszustand einstellte, bei dem Verfolgungsideen geäußert wurden, und bei dem es zu Gewalttätigkeiten kam. Nunmehr wurde er der Heilanstalt zugeführt.

Körperlicher Befund: Pat. bot ausgesprochene Erscheinungen einer Chorea dar, machte fortwährend zuckende, schleudernde Bewegungen mit den Extremitäten und zeigte fortdauernd Kontraktionen der Gesichtsmuskulatur. Wenn man sich mit dem Kranken beschäftigte, steigerte sich die Intensität der Unruhe. Bei dem Essen traten so viele unzweckmäßige, unwillkürliche Bewegungen auf, daß der Löffel nicht zum Munde geführt werden konnte. Die Sprache war choreatisch behindert. Im tiefen Schlaf verschwanden die Bewegungserscheinungen, jedoch war das Einschlafen sehr erschwert.

Psychischer Befund: Der Kranke war anfangs unruhig und gereizt, dabei jedoch über Ort, Zeit und seine Person orientiert. Später war sein Verhalten stumpf und teilnahmslos. Er hatte keine klare Erinnerung für die Vorgänge zu Hause, wie überhaupt das Erinnerungsvermögen und die Merkfähigkeit recht gering waren. Zeitweise stellten sich Depressionen ein, gelegentlich derer er andeutete, daß es das Beste wäre, wenn er sich das Leben nähme, er werde ja doch nicht mehr besser.

2. Der zweite Fall betrifft einen jetzt 45jährigen Mann, der mit 35 Jahren als Soldat während des Feldzuges die ersten choreatischen Erscheinungen bot. Nachdem sich die Erkrankung in den beiden ersten Jahren unter dem Einfluß mannigfacher Kuren zu bessern schien, so daß der Pat. den Versuch machte, seinem Beruf nachzugehen, wurde die choreatische Unruhe um das 38. Lebensjahr wieder stärker. Zugleich wurde der Erkrankte trunksüchtig, trieb sich umher und wurde schließlich verwahrlost auf der Straße aufgegriffen. Seit dieser Zeit befindet er sich in der Heilanstalt.

---

[1]) Aus der Landesheilanstalt Schleswig. — Direktor Sanitätsrat Dr. *Dabelstein.*



Körperlicher Befund: Die ganze Rumpf- und Extremitätenmuskulatur befindet sich in ständiger, ruckweiser, schleudernder Bewegungsunruhe, die jede beabsichtigte Bewegung durchkreuzt. Bei Beobachtung, Anrede oder Erregung werden die Zuckungen stärker, im Schlaf, der stets nur wenige Stunden dauert, sistieren sie. Im Lauf der Jahre wurde die Unruhe ständig stärker, so daß das Schreiben, das Gehen ohne Unterstützung und das selbständige Essen unmöglich geworden sind. Fortschreitend wurden immer neue Muskelgruppen befallen, neben denen des Halses und des Gesichtes der Bewegungsapparat der Augen, dann die Zunge, die Kehlkopfmuskulatur. Letzthin zeigt sich auch die Schluck- und Atemmuskulatur ergriffen. Der Gesichtsausdruck ist blöde geworden. Die Sprache ist fast unverständlich durch sich einschiebende Schnalz- und Schlucktöne. Oft schreit der Kranke minutenlang eintönig. Er ist sehr gleichgültig gegen Schmerzen. Mehr und mehr kommt es zu einem körperlichen Verfall.

Psychischer Befund: Pat. ist örtlich und zeitlich nicht orientiert. Seine Geschichte konnte er stets nur sehr lückenhaft angeben, es trat dabei eine erhebliche Gedächtnisschwäche zutage bei häufigen Erinnerungsfälschungen recht phantastischer Art. Die Aufmerksamkeit ist im allgemeinen gering, das Urteilsvermögen stark geschwächt. Widerstreben und Nichteinfügen in die Hausordnung machen seine Pflege zu einer besonders schweren. Zahlreiche Diebstähle und Gewalttätigkeiten gegen schwächere, hilflose Kranke verraten den ethischen Defekt. Vielfach diktierte er bereitwilligen Leidensgefährten schamlose Bettelbriefe an frühere Bekannte. Ungeheuerlich ist seine Eßlust. Die Stimmung ist im allgemeinen euphorisch, jedoch ereignen sich leicht Zornausbrüche.

3. Den dritten Fall bietet eine 46 jährige Frau dar, die seit mehr als fünf Jahren erkrankt ist. Die choreatische Unruhe, die zuerst in den Armen auftrat, steigerte sich fortschreitend und befiel immer neue Muskelgebiete. Der Vater und eine Schwester sind an Chorea Huntington gestorben.

Körperlicher Befund: Der Schädel ist allerorts klopfempfindlich, der rechte Mundwinkel hängt etwas im Vergleich zu dem linken. Die mimische Muskulatur um die Mundöffnung ist in dauernder Unruhe. Die Zunge ist zittrig und weicht nach rechts ab. Die Sprache ist schwer verständlich, kauend. Alle willkürlichen Bewegungen der Gliedmaßen erscheinen ungeschickt und steif, sie werden durch unermüdliche, ruckweise Zwischenbewegungen, durch Beugen, Strecken, in den Händen durch Spreiz- und Schlußbewegungen erschwert. Der Gang ist unsicher, schwankend, weicht häufiger nach rechts ab.

Psychischer Befund: Die Stimmungslage ist gleichgültig, bisweilen gedrückt. Die örtliche Orientierung ist vorhanden, zeitlich ist Pat. dauernd desorientiert. Über ihre Person gibt sie nur mangelhafte und nicht immer richtige Auskunft. Auffallend ist ihre Gedankenarmut. Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit sind stark herabgesetzt. Das Gedächtnis für frühere Begebenheiten ist fast völlig erloschen, von dem einfachsten Schulwissen ist nur hier und da eine geringe Spur zu finden. Es besteht deutliche Urteilsschwäche und Einsichtslosigkeit für die Lage. Zu irgendeiner Beschäftigung ist kein Trieb vorhanden, die Pat. hält sich abseits in stumpfer Weise. Besonders tritt hervor eine unverkennbare Gemütsstumpfheit.

Es war zu berichten über die vorstehenden Fälle nicht nur wegen des immerhin vereinzelt vorkommenden Krankheitsbefundes, sondern auch wegen einzelner Züge, die in dem in der Literatur niedergelegten klassischen Krankheitsbild als selten erwähnt sind.

Die beiden ersten Formen werden als Chorea chronica progressiva schlechthin zu bezeichnen sein, die dritte ist eine einwandfreie Chorea hereditaria.

Charakteristisch ist bei allen drei Krankengeschichten neben dem Fehlen einer infektiösen Ursache der Beginn im mittleren Lebensalter und die ständige Mehrung und Zunahme nicht nur der choreatischen Zuckungen, sondern auch der Verblödung.

Bei den beiden ersten Kranken ist ein familiäres Auftreten und überhaupt eine erbliche Veranlagung nicht nachzuweisen. *Cramer* erwähnt als Ursachen der Erkrankung unter anderen Gemütsbewegungen, körperliche Überanstrengungen und Erkältungen. Mangels besseren Wissens um die eigentlichen Ursachen wäre also das erste Mal die angegebene körperliche Überanstrengung und das zweite Mal ebenfalls dieselbe Ursache, bewirkt durch den Kriegsdienst, anzunehmen. Allerdings ist ja die gesamte Ätiologie noch recht unsicher.

Unverkennbar ist bei allen drei die choreatische Unruhe, bestehend in den ruckweisen, schleudernden Bewegungen der Gliedmaßen, des Rumpfes, des Kopfes. Besonders schwer ausgeprägt ist sie bei dem zu zweit aufgeführten männlichen Patienten, bei dem sich sogar die Schluck- und Atemmuskeln beteiligen. In allen Fällen war die mechanische Muskelerregbarkeit gesteigert, es bildeten sich bei dem Beklopfen kleine Muskelwülste. Die Sehnenreflexe waren durchweg als lebhaft zu bezeichnen.

Was die psychischen Störungen anbetrifft, so ist die fortschreitende Demenz, die Bumke als „in einer starken Störung der Aufmerksamkeit und Auffassung, in der Abnahme der geistigen Regsamkeit, großer Ermüdbarkeit, Abnahme der Merkfähigkeit, dem Verlust früherer Erinnerungen und in hochgradiger Urteilsschwäche“ sich äußernd beschreibt, in charakteristischer Weise vorhanden.

Tritt die Störung der Aufmerksamkeit und Auffassung am meisten zutage bei der an Chorea hereditaria leidenden Patientin und auch bei dem zuerst erwähnten Manne, so ist sie nicht ganz so ausgeprägt bei dem zweiten Patienten, der immer noch soweit aufmerkt, daß es ihm trotz seiner schweren Bewegungsstörungen möglich ist, in unbewachten Augenblicken kleine Diebstähle auszuführen.

Die leichte Ermüdbarkeit und die Abnahme der Merkfähigkeit

wie der Verlust früherer Erinnerungen sind bei allen drei Patienten gleichmäßig vorhanden. Bei dem zu zweit aufgeführten Kranken bestehen aber neben dem Verlust früherer Erinnerungen Erinnerungsfälschungen, die teilweise recht phantastischer Art sind.

Die Urteilsschwäche ist noch am geringsten bei dem ersten Fall, bei den anderen beiden ist sie jedoch stark ausgeprägt und unverkennbar. Für ihre Lage, für die Schwere ihrer Erkrankung ist bei beiden keine Einsicht mehr zu finden, wohingegen der erste sie noch zum Teil besaß.

Die nach *Bumke* für den Beginn der psychischen Störungen charakteristische depressive Stimmung führte bei dem ersten Fall dazu, daß er Selbstmordgedanken äußerte, ist bei dem zweiten einer trotz häufiger Zornausbrüche vorherrschenden blöden Euphorie gewichen; bei dem dritten besteht eine ausgesprochene Apathie.

Auf die Verfolgungsideen, die der zuerst geschilderte Kranke vorübergehend entwickelte, sei als auf einen besonderen Zug des Krankheitsbildes hingewiesen, sie werden auch von *Kraepelin* erwähnt. Das Widerstreben, das Nicht-einfügen-wollen in die Hausordnung sowie der zutage tretende ethische Defekt machen den zweiten Fall besonders interessant. Auch das bei ihm fehlende Sättigungsgefühl und sein ausgesprochener Heißhunger erscheinen beachtenswert.

Beiträge zur forensischen Sexualpathologie.

Von

Prof. Dr. phil. et med. **W. Weygandt**, Hamburg (Friedrichsberg).

Wie die künftige Einschätzung der Sexualdelikte durch das neue Strafgesetz aussehen wird, ist noch unsicher. Bei der praktischen Auswirkung der umgearbeiteten Bestimmungen wird es aber im wesentlichen auch auf die Rechtspraxis und auf Begutachtung ankommen.

Mit Rücksicht auf die derzeitige Rechtspflege, wie auf eine lex ferenda, seien hier einige wichtigere Punkte erörtert.

Zunächst ein Problem aus dem Zivilrecht, das bei sexualforensischen Erörterungen meist im Hintergrunde blieb. Zweifellos gehen außerordentlich viel mehr Ehen, als man gewöhnlich annehmen möchte, dadurch in die Brüche, daß sich ein Ehegatte sexualpathologisch erweist. Bei der Unklarheit der meisten Menschen über ihr eigenes Ich erkennen viele erst zu spät eine derartige Tatsache ihrer Sexualpsyche. Manchmal wird auch von unkundigen Verwandten und selbst von ahnungslosen Ärzten den sexuell Abnormen die Ehe als Heilmittel angeraten, was natürlich meistenteils, wenn auch nicht ausnahmslos, zur Katastrophe drängt. Die Zahl der frigiden Frauen wird neuerdings bekanntlich sehr hoch eingeschätzt, von *Adler* und von *Gutzeit* auf 40%, von *Debrunner* und von *Stekel* auf 50%. Welche Konsequenzen sich bei derartigen Ehen ergeben können, zeigt der neuerdings von *Hirschfeld* [1]) zitierte Fall Klein und Nebbe, wo infolge von Frigidität der Ehefrauen die Männer zu Trinkern wurden und es schließlich zu einem Giftmord kam. Neben der Frigidität kommen noch anderweitige Anomalien in Betracht, wie aktive und passive Algolagnie, Homosexualität usw.

§ 1569 BGB., Ehescheidung wegen Geisteskrankheit, ist bei sexualpathologischen Fällen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle

---

[1]) Geschlechtskunde 1926, Lieferung XIV, S. 204.



unanwendbar, die Bedingung einer die geistige Gemeinschaft aufhebenden Geisteskrankheit ist fast durchweg nicht erfüllt. Es könnte an jenen Weg nur gedacht werden, wenn die Sexualanomalie auf dem Boden einer Psychose, etwa einer Paralyse, eines Eifersuchtswahnes usw., entstanden ist oder wenn es sich um die Kombination einer angebornen Sexualanomalie mit einer Psychose, etwa einer Paralyse, handelt.

§ 1568 BGB., Ehescheidung wegen Zerrüttung, wäre häufiger als vorliegend zu begründen, doch ist gewöhnlich mit dieser Klage auf eine Gegenklage, besonders mit dem Einwand, daß kein Verschulden vorliege, zu rechnen und es geht meist nicht ohne langwierige und kostspielige prozessuale Streitigkeiten ab.

Gangbarer erscheint jedoch heutzutage § 1333 BGB. Diese Bestimmung findet gerade ihre wesentliche Anwendung, wenn der Irrtum eines Ehegatten körperliche oder auch gewisse psychische Abnormitäten und Störungen betraf, wie Beiwohnungsunfähigkeit, Schwangerschaft, ekelerregende Krankheiten und abnorme Charaeigentümlichkeiten, nicht jedoch persönliche Verhältnisse; ein Verschulden ist nicht vorausgesetzt.

E. Schultze [1]) hebt besonders Epilepsie, Hysterie, Zwangsvorstellungen, Alkoholismus, Geistesstörungen, Syphilis des Nervensystems hervor, weiterhin Impotenz, sofern keine Aussicht auf Beseitigung mehr bestehe, wennschon ein Behandlungszwang sich aus dem Gesetz nicht ergebe, schließlich die sexuellen Anomalien; durch letztere werde die sexuelle Seite des Ehelebens direkt berührt, aber es sei auch zu befürchten, daß bei erhaltener Potenz die Anomalie in gleicher oder ähnlicher Form bei der Deszendenz auftrete. Nach dem heutigen Stande der Vererbungslehre könnte es allerdings fraglich erscheinen, ob nach jener Richtung hin gleichnamige Vererbung zu erwarten sei.

Unerwähnt bleibt hier und in anderen Veröffentlichungen das Thema der Frigidität, die zweifellos sehr oft zur Quelle ehelichen Unglücks wird. Betreffs Hysterie äußert er Bedenken, ob von ihr durch die Ehe eine günstige Einwirkung zu erwarten ist.

Aber auch auf Frigidität könnte § 1333 BGB. Anwendung finden, sei es, daß sie an sich eine das Eheleben berührende, den normalen Gatten verletzende Abnormität darstellt, sei es, daß sie sich, wie so häufig, kombiniert zeigt mit einer hysterischen Veranlagung.

---

[1]) *Hoche*, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, II. Auflage 1909, S. 345 ff.

Hinsichtlich der Anwendbarkeit ist das Urteil des Reichsgerichts vom 18. Juni 1918 von hoher Bedeutung. Dieser Spruch bezog sich auf Ungültigerklärung der Ehe mit einer Hysterischen. Auf häufige Vergesellschaftung sexualpathologischer Züge, insbesondere extremer Frigidität mit psychogener Anlage, vor allem dem hysterisch-egozentrischen Charakter braucht ja nicht besonders hingewiesen zu werden; vielfach bedeutet die hysterische Sucht, zu gefallen, Männer zu erotisieren und sich umworben zu sehen, einen Ersatz für Sexualbetätigung. Jene Reichsgerichtsentscheidung verlangt zur Anwendung des § 1333 keineswegs eine besondere hochgradige Alteration der Psyche. Es wird vielmehr betont, daß in dem streitigen Falle die einzelnen bemerkenswerten Züge isoliert betrachtet lediglich als Charakterfehler erscheinen. Aber sie seien es doch nicht in einfach normalem Sinne, nachdem einmal bei der Frau der Nachweis der Hysterie erbracht sei. Auch wenn einzelne Erscheinungsformen dieses Leidens vorübergehend beseitigt werden könnten, werde die hysterische Konstitution selbst bleiben und insoweit die Krankheit nicht als heilbar zu bezeichnen sein. Schon die Anlage zu einer Geisteskrankheit, aber auch schwere Charakterfehler sind reichsgerichtlich als persönliche Eigenschaften im Sinne des § 1333 BGB. anerkannt. Das sei auch von der Hysterie anzunehmen, die an der Grenze der geistigen Erkrankungen stehe und die ganze Persönlichkeit des Erkrankten zu wandeln vermöge (Urteil vom 26. I. 1910).

Hinsichtlich der wichtigen Frage, wann die halbjährige Frist zwischen Erkennung der Sachlage und letztmöglicher Antragstellung bei dem gesunden Gatten zu laufen beginne, ist darauf zu verweisen, daß sie dann beginnt, wenn der gesunde Ehegatte über die abnorme Wesensart der Beklagten Aufklärung erlangte, etwa durch ein ärztliches Gutachten. Also die Sechsmonatsfrist läuft noch nicht bereits, wenn dem gesunden Gatten das Verhalten des Partners aufzufallen beginnt.

Unter Berücksichtigung dieser Rechtslage wird es gelingen, bei sexualpathologischen Zügen des einen Ehepartners, wie Frigidität, Algolagnie u. a., die Hölle einer solchen Ehe für den anderen Teil zu beenden, indem sie nach § 1333 BGB. als nichtig oder ungültig erklärt wird.

Anwendung des § 1334 BGB., Eheanfechtung bei arglistiger Täuschung, kommt wohl seltener auf diesem Gebiet in Betracht, wennschon sie nicht ganz ausgeschlossen erscheint.

Der Vollständigkeit halber sei noch erinnert, daß im Falle der

Nichtigerklärung einer Ehe eine Alimentationspflicht nicht erwächst, während bekanntlich im Falle der Scheidung wegen Geisteskrankheit nach § 1569 BGB. der gesunde Gatte für den Unterhalt des Kranken aufkommen muß. —

Bei Exhibitionismus läßt sich in einem gewissen Prozentsatz eine klinische Psychose, in der Mehrzahl der Fälle eine psychopathische Minderwertigkeit verschiedenster Grundlage, vielfach auf alkoholischer und am häufigsten auf epileptischer Grundlage, aber immerhin in einem namhaften Teil, 15—25% der Fälle, keine näher deutbare Abweichung von der Norm erkennen; an sich freilich ist jene Strafhandlung so fern aller normalen Geschlechtsempfindung, daß sie als sexualpathologisch ohne weiteres zu bezeichnen ist.

Nach einer Statistik von *W. Seiffer* [1]) über 75 Männer und 11 Frauen, die eigene Fälle und solche aus der Literatur enthält, handelt es sich allein um 18 männliche Epileptiker, also 25%. Unter seinen 17 Schwachsinnigen befinden sich 1 Paralytiker, ein alkoholisch Dementer, 7 vorwiegend durch Altersstörungen des Hirns Schwachsinnige. Bei 13 nahm er psychische Degeneration, bei 8 Neurasthenie und bei 8 alkoholische Störung an, unter letzteren auch Verfolgungsideen. 11 Fälle wurden als gewohnheitsmäßig, doch nicht näher psychopathologisch zu definierend, aufgefaßt. Unter den 11 Frauen befanden sich 3 Epileptische, 1 Paralyse, 1 Paranoia, 1 Demenz, 1 melancholisch Stuporöse, 1 Nymphomanische, 1 Hysterische, 1 folie raisonnante und 1 zweifelhafte. Erwähnt sei, daß *W. Seiffer* zur Feststellung kommt, daß tatsächlich der weitaus größte Teil in einem die Strafe ausschließenden, geistesgestörten Zustand im Sinne des § 51 StGB. handelt, wennschon auf einige der Paragraph keine Anwendung finden könne.

Zu jener nicht mehr ganz den modernsten klinischen Anforderungen entsprechenden Klassifikation möchte ich noch erwähnen, daß ja ganz besonders die senilen Fälle wichtig sind, die größtenteils unvorbestraft in späten Lebensjahren straffällig werden, oft ohne vorhergehende Krankheitssymptome, aber bei näherer Prüfung Zeichen der Altersatrophie des Hirns oder auch der Hirnarteriosklerose erkennen lassen.

Aber auch abgesehen von diesen Senilen finden sich unter den Exhibitionisten verschiedenster Grundlage häufig völlig unbescholtene,

---

[1]) Über Exhibitionismus, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band XXXI, 1898.

ethisch hochstehende, selbst geistig bedeutsame Leute. Einer meiner Fälle war ein sehr tüchtiger Gymnasiallehrer, andere waren stramme Studenten. Bekanntlich bietet auch Gelegenheit und Ausübung normalen Geschlechtsverkehrs keinen Schutz. Der erwähnte Akademiker ist an einem der letzten Abende vor seiner Verheiratung mit einer ihm durchaus sympathischen Dame dem § 183 StGB. verfallen.

Es wäre dringend zu wünschen, daß in all den unklaren Fällen durch klinische Beobachtung mit allen Hilfsmitteln der Wissenschaft, auch serologischer und psychologischer Art, versucht würde, die krankhafte Basis nachzuprüfen.

Heutzutage könnte gefragt werden, ob die veränderte Stellung, die die gesamte moderne Menschheit zum Problem der Entblößung und des Nackten einnimmt, nicht etwa auch hinsichtlich des Exhibitionismus von Bedeutung ist. Die Kultur wechselt auch hinsichtlich des Anstößigen außerordentlich. Es braucht nur erinnert zu werden an die wechselnde Stellung des Nackten in der Kunst, wie es sich beispielsweise einmal in den auf päpstliche Anordnung vorgenommenen Übermalungen des jüngsten Gerichtes von Michelangelo durch Schamhöschen u. dgl. kundgab. Johanna d'Arc war es u. a. besonders verübelt worden, daß sie ihre Haare, die sie kurz über den Ohren abgeschnitten hatte, vor Männeraugen sichtbar trug. Während zu Beginn des XVIII. Jahrhunderts noch öffentliches Beilager bei fürstlichen und selbst bei bürgerlichen Hochzeiten vorkam, war man Ende desselben Jahrhunderts außerordentlich viel prüder, verbannte den Walzer von den Hofbällen und verpönte ihn als „Würger von Keuschheit und Moral". Besonders rapid hat sich beispielsweise der Orient gewandelt; noch vor ganz wenigen Jahrzehnten hatte der mohammedanische Ehemann das Recht, eine seiner Ehefrauen, die ihr Antlitz auf der Straße entblößte, zu töten, während in der modernen Türkei die Frauen der Oberschicht trotz aller Islamvorschriften durchaus die neueste westliche Haar- und Kleidertracht angenommen haben. Wenigstens die von *Lalanne* in etwas übertriebenem Schematismus den Genitalexhibitionisten gegenübergestellten Formen der Exhibitionistes des fesses ou l'anus, et Exhibitionistes des seins ergeben Eindrücke, wie sie sich auf Großstadtrevuebühnen alltäglich bieten.

Daß nun die gegenwärtige, weitreichende Erweiterung der Nacktkultur etwa auf Exhibitionisten hemmend und abstumpfend wirken werde, ist nicht anzunehmen. Neben der erfreulichen Seite modernen Sportlebens mit seinen volkserzieherischen Werten spielt ja leider die

Entblößung in Schaustellungen, im modernen, ernstseinsollenden Schauspiel sowohl wie in Revuen und Tänzen, vorwiegend eine sexuell erregende Rolle. Der einem rätselhaften inneren, abwegigen Sexualimpuls entspringende Exhibitionismus wird durch die moderne Sichtbarmachung des nackten Körpers voraussichtlich weder verringert, noch gesteigert werden.

Wohl aber wäre es denkbar, daß die Ärgernisnahme im Sinne des § 183 StGB. etwas in den Hintergrund tritt, indem die Empfindlichkeit der an Nacktkultur gewöhnten modernen Menschen sich weniger leicht zum Tatbestande des Ärgernisnehmens verdichtet. An sich ist die Bereitschaft zum Ärgernisnehmen keineswegs immer ein Zeichen für höheres sittliches Feingefühl, vielmehr würde es letzterem mehr entsprechen, etwaige Eindrücke jener Art sofort abzureagieren und aus dem Bewußtsein verschwinden zu lassen. Es kam schon vor, daß Straßenprostituierte es waren, die bei einem exhibitionistischen Akt das vorschriftsmäßige Ärgernis nahmen, obwohl sie doch beruflich noch viel üblere Eindrücke gewöhnt sind. Im allgemeinen aber dürfte sich erwarten lassen, daß ein großer Teil der Bevölkerung heutzutage weniger leicht zum Ärgernisnehmen neigen wird, nachdem das Nackte und auch das Sexuelle einen großen Teil seines Fremdheitscharakters eingebüßt hat; nebenbei bemerkt wirkt auch die an das Ärgernisnehmen sich anschließende Unannehmlichkeit, als Zeuge vor Gericht zu treten, für viele abschreckend.

Die Stellungnahme der Gerichte ist, wie gewöhnlich im Falle zweifelhafter Geisteszustände, vielfach recht verschiedenartig. Der Sachverständige wird ja meist nur zu begründeten Zweifeln an der Zurechnungsfähigkeit oder zur Annahme einer psychischen Minderwertigkeit im allgemeinen und besonders im Moment der Tat, oder im äußersten Falle zur Wahrscheinlichkeitsannahme der Unzurechnungsfähigkeit gelangen, seltener wird er die ärztlichen Voraussetzungen des § 51 StGB. restlos als erfüllt ansehen. Ich gehe also keineswegs soweit wie *Seiffer* in der angeführten Arbeit, die die damalige Auffassung einer angesehenen Klinik widerspiegelte. Immerhin dürfte die Zeitentwicklung hinsichtlich der Nacktkultur, wenigstens im Hinblick auf ihre berechtigte sportlich-hygienische Seite, doch dazu führen, daß den Exhibitionsdelikten eine mildere Auffassung entgegengebracht wird.

Wesentlich ist nun, daß mit allen Mitteln im einzelnen Falle geprüft wird, wieweit psychopathische Umstände annehmbar sind. Der Sachverständige muß sein Augenmerk intensiv auf die diagnostischen

Möglichkeiten richten und vor allem hinsichtlich einer epileptischen Grundlage die verfügbare Methodik heranziehen. Sehr wohl dürfte er auch die Aussicht auf therapeutische Verhütung weiterer Vorkommnisse darlegen. Die bedingte Verurteilung könnte schon einen gewissen psychischen Schutz gewähren. Bei der verhältnismäßig häufigen alkoholischen und epileptischen Grundlage ist aber auch Besserung zu erwarten einmal von dauernder Alkoholabstinenz, dann von seiten eines therapeutischen, besonders antiepileptischen Vorgehens, wobei langfristige Brom- und Luminalkuren eine Rolle spielen, und schließlich hier wie in allen Fällen durch Anwendung einer sehr wohl durchführbaren Schutzkleidung, der bei geeigneter Konstruktion die volle Entwicklung eines Anfalles, die tatsächliche Entblößung, verhindern kann.

In einem meiner Fälle war ein Student bereits fünfmal zur Anzeige wegen Exhibitionismus gelangt. Er war belastet durch Alkoholismus in der Aszendenz, auch durch Depressionsanfälle mit Suicid; bei einem Vatersbruder war Epilepsie angenommen worden. In der Kindheit litt er an ohnmachtsartigen Anfällen. Bei einem der Akte stand er unter starker Alkoholnachwirkung.

Körperlich war zu bemerken Fehlen der Bindehautreflexe, lebhafte Dermatographie, etwas unregelmäßiger Herzrhythmus, leichte Straffung der rechten Radialarterien, Ungleichheit der Kniereflexe, auffallend großes Glied. Im Blutserum war durch *Abderhaldens* Dialysierverfahren erkennbar eine Spur Abbau von Hoden und noch mehr von Schilddrüse. Im Serum und Liquor fanden sich keine Syphilisreaktionen, doch im Liquor ein Grenzwert von Zellen (10/3), bei den Eiweißreaktionen eine Spur Opaleszenz mit der Schwefelammonium-Methode und Opaleszenz mit Weichbrodt. Paraffin-Reaktion fraglich. Die Zahl der Leukozyten im Blut war deutlich vermindert, auf 5900 cbmm. Psychisch war zunächst nichts Abnormes feststellbar; auch bei Experimentalprüfungen auf Ermüdbarkeit, Übungsfähigkeit usw. waren die Leistungen gut. Nur die Merkfähigkeitsprüfung mit der Wortpaarmethode hatte etwas mangelhaftes Ergebnis.

Beim Alkoholexperiment zeigte sich gesteigerte und beträchtlich unregelmäßige Herztätigkeit, auffallende Verlangsamung des Assoziierens, Verschlechterung der fortlaufenden geistigen Leistung. Der Kokainversuch ergab nichts Bemerkenswertes. Bei dem Versuch der Hyperventilation jedoch trat nach 5 Minuten deutliches Zittern und bald darauf eine krampfartige Handstellung auf. Bei einem weiteren

Versuch machte Explorand nach 12 Minuten einen benommenen Eindruck und die Pupillen reagierten kaum noch auf Licht.

Wenn man auch selbstverständlich auf Grund dieser Beobachtung und Untersuchung die Diagnose einer Epilepsie nicht sicher stellen kann, sprechen doch meines Erachtens einige Symptome in dieser Richtung: Reflexdifferenzen, Serumabbauerscheinungen, sowie der Hyperventilationsversuch. Hätte letzterer lediglich krampfartige Erscheinungen provoziert, so wäre ein psychogener Zustand denkbar, aber die Beeinflussung der Pupillen glaube ich doch eher in der Richtung der Epilepsie verwerten zu sollen. Auch die erwähnte atypische Alkoholwirkung spricht dafür. Eine gewisse epileptoide Anlagebasis ist meines Erachtens nicht von der Hand zu weisen.

Gutachtlich wurde erwähnt, daß ärztliches Vorgehen angebracht scheine mit Alkoholabstinenz, diätetisch-medikamentöser antiepileptischer Behandlung und mit wirksamer Schutzkleidung. Das Gericht sah daraufhin, trotz der wiederholten Fälle, von Strafe ab.

Meines Erachtens ist bei derartigen eingehenden, vor allem die Spezialversuche berücksichtigenden Prüfungen und Beobachtungen eine epileptoide Grundlage noch häufiger nachweisbar, als es aus der Literatur hervorgeht, wesentlich über die von *Seiffer* gefundenen 25% hinaus. —

Auch hinsichtlich des § 175 StGB., der ja auch in veränderter Gestalt im Vorentwurf für das Strafgesetzbuch von 1925 wiederkehrt, bin ich der Auffassung, daß bei der ärztlichen Begutachtung von Fall zu Fall mit allen Mitteln der Psychiatrie und Sexualspychopathologie vorzugehen sei und jeweils nach Anzeichen einer degenerativen Grundlage geforscht werden müsse. Ich lehne die Auffassung der Psychoanalytiker ab, wonach das Wesentlichste bei der Genese der Homosexualität ein exogener Faktor, ein sexuelles Kindheitstrauma, sein soll. Aber ich vermag auch nicht zuzugeben, daß restlos alle Fälle endogen seien.

Ein beträchtlicher Teil der Fälle ist jedoch meines Erachtens durchaus endogen, auf angeborner, abartiger Grundlage entwickelt. Hier gilt es, mit allen Mitteln den Nachweis zu suchen. Unter Umständen könnte sogar die psychoanalytische Exegese wenigstens eine Wahrscheinlichkeit dafür erbringen, daß schon im Vorstellungsleben der frühesten Jugend Perversion bestand, was meines Erachtens eher für eine endogene Grundlage spricht, als für ein leicht zu suggerierendes sexuelles Trauma.

Bei der körperlichen Untersuchung kommt es auf sorgsamste Prüfung etwaiger originärer Symptome des anderen Geschlechts an, die ich im wesentlichen als bekannt voraussetzen kann. In psychischer Hinsicht muß die Beobachtung, aber auch das Assoziationsexperiment, die Prüfung der Suggestibilität und der Hypnosefähigkeit ausgiebig herangezogen werden; ebenso sollte die Anamnese durch Zeugenvernehmungen vertieft werden.

Ein Zwanzigjähriger wurde beschuldigt, einen plötzlich verschwundenen 9 jährigen Knaben beseitigt zu haben. Es ergab sich, daß der Angeklagte als Kind viel mit Puppen und Kinderwagen spielte, mäßig gelernt hatte, aber von sich sehr eingenommen war. Schon zwei Jahre vorher hatte er mit zwei 7—10 jährigen Knaben in einem Bodenraum sexuellen Verkehr getrieben, auch beischlafähnliche Handlungen mit besonders widerwärtigen Modifikationen. Er wurde damals nach ambulanter gerichtsärztlicher Untersuchung auf Grund von § 51 StGB. exkulpiert, aber nicht zur Sicherung in der Irrenanstalt interniert. In seiner Stellung begann er Unregelmäßigkeiten, manchmal fiel er du ch phantastische Flunkerei und Renommisterei auf. Als er sistiert wurde, gestand er den Polizeibeamten mündlich und schriftlich, er habe den vermißten Knaben in einem Neubau geschlechtlich gebraucht und sei mit ihm durch die Stadt gegangen, wobei er ihn an der Elbe angestoßen habe, so daß der Knabe in das Wasser fiel und verschwand. Später widerrief er dieses Geständnis.

Die Untersuchung ergab Gynäkomastie, vergrößerte Brustdrüsen mit deutlich fühlbarem Drüsenkörper, rechts mehr als links. Bei Berührung der Drüsen erigierte sich das Membrum. Außerdem fanden sich zwei rudimentäre Brustwarzen.

Der Schädel war klein, in der Stirnmitte nur 50,5 cm Horizontalumfang. Gesichtsfeld auf Farben war eingeschränkt. Der Puls war beschleunigt, die Arterien verhärtet. Bei Vexierprüfungen mit dem faradischen Apparat behauptete er Strom zu spüren, solange der Unterbrecher rasselte, auch als die Leitung zum Körper unterbrochen war.

Intellektuell war eine mäßige Schwäche nachweisbar, wofür auch die leichte Mikrozephalie sprach, daneben phantastische Selbstüberschätzung mit paranoiden und illusionären Anklängen.

Angesichts des psychischen und körperlichen Habitus war eine angeborne Anlage in der Richtung der Sexualperversion nachweisbar. Die Täterschaft konnte nur als wahrscheinlich bezeichnet werden

Nach Anwendung des § 51 StGB. wurde er zur Sicherung in die Irrenanstalt überwiesen. Hier verhielt er sich im ganzen teilnahmslos, äußerte später nicht mehr seine phantastischen und hochfahrenden Vorstellungen, wünschte jedoch Entlassung.

Nach mehrfachen Petitionen betreffs Entlassung wurde er auf Grund des Gutachtens einer anderen Irrenanstalt, das ihn als nicht schwachsinnig und nicht gemeingefährlich, wahrscheinlich auch nicht als Täter in jenem Mordfalle ansah, entlassen. Seitdem lebt er ruhig in Hamburg.

Ein 14jähriger Waisenhauszögling hatte sich mehrfach mit Knaben und Mädchen sexuell betätigt. Unter den 6 Mädchen befanden sich einige in noch nicht schulpflichtigem Alter, eines war 3 Jahre alt.

Ferner hat er sich mit Tieren (Ziege, Schwein) geschlechtlich befriedigt. Vorne hatte er sich die Schamhaare weggeschnitten. Er behauptet, er sei verführt worden und habe viel wechselseitige Onanie getrieben.

Der Vater hatte Syphilis und Tabes.

Explorand hatte infantilen Habitus, war 150 cm groß, Brustumfang 86 : 94,5 cm, Gürtelumfang 86 cm, Nabelumfang 94,5 cm, Beckenumfang 96 cm, er hatte etwas rhachitische Gelenke und Zähne, hohen Gaumen, Lendenwirbelsäulenlordose, weiche Formen mit reichlichen straffen Fettpolstern. Polymastie, indem noch fünf zum Teil große Pigmentflecke an charakteristischer Stelle zu finden sind. Genu valgum. Keinen Haarstreifen in der linea alba. Ungleiche Entwicklung der Pubes, rechts mehr als links, große Testikel. Zusammengewachsene Augenbrauen. Etwas Flaum auf der Oberlippe. Herzrhythmus etwas unregelmäßig. Arterienwandung etwas rigide. Vorspringende Stirnhöcker, Schädelumfang 54 cm. Zunge zitterte etwas. Knie- und Achillessehnenreflexe etwas lebhaft.

Er rechnete großes und kleines Einmaleins. Die Kenntnisse waren gering.

Nach eingehendem Zureden erzählte er ausführlich seine Sexualtätigkeit, gab auch die Ziege zu, nur das Schwein bestritt er.

In der Anstalt versuchte er päderastische Handlungen und trieb mutuelle Onanie, insbesondere suchte er mit einem feminin gebauten Jüngling anzuknüpfen. Auch zur Bestialität gab er Neigung kund. Merkwürdigerweise wurden, als in seinem 22. Jahre Entmündigungsantrag gestellt war, gerichtliche Bedenken hiergegen geäußert.

Mit 23 Jahren wurde er, vor Kriegsende, versuchsweise entlassen, doch ließ er sich nach zwei Jahren mit einem 8jährigen Jungen ein,

worauf er abermals zur Anstalt gebracht wurde. Auch gegenwärtig ist der Bartwuchs sehr gering; Rumpf und Extremitäten sind ziemlich stark behaart; Doppelkinn; Kremasterreflex rechts gering, links nicht auslösbar.

In beiden Fällen wies die körperliche Untersuchung bereits auf deutliche sexualabnorme Eigentümlichkeiten hin, die die Sicherstellung einer endogenen Abnormität erleichtern. An sich kommt selbstverständlich auch bei sexuell Normalen das eine oder andere körperliche Merkmal vor, das zu den Eigentümlichkeiten des anderen Geschlechts gehört, besonders die Polymastie in ihren leichten Andeutungen findet sich viel häufiger, als man meist annimmt und aus Lehrbüchern erkennen kann. Aber wenn bei einem psychisch sexuell Abnormen sich auch körperliche konträre Merkmale, vor allem in gehäufter Weise, vorfinden, dann dürfen wir nicht daran vorbeigehen, sondern müssen doch einen gewissen inneren, endogenen Zusammenhang annehmen.

Zweifellos wird die Strafbarkeit des mannmännlichen Verkehrs auch bei einem neuen Strafgesetz nicht in Wegfall kommen. Darauf, daß man in anderen Staaten ohne solche Bestimmungen auskommt und daß es sich um die Handlung von zwei geschäftsfähigen Menschen handelt, die die soziale Gesamtheit, vor allem in einem Staat ohne allgemeine Wehrpflicht, nicht berührt, kann ich hier nicht eingehen. Eine Strafbarkeit sexuell-perverser Handlungen gegen Jugendliche ist jedoch auf alle Fälle zu fordern und findet sich auch in den Gesetzbüchern jener Staaten, die ein Analogon zum § 175 StGB. nicht aufweisen.

Ob man den Nachweis der Endogenie, der degenerativ angebornen Grundlage der Homosexualität an sich als hinreichend zur Annahme einer die freie Willensbestimmung ausschließenden, krankhaften Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 StGB. ansehen will, ist eine andere Frage. Als vermindert zurechnungsfähig sind solche Fälle meines Erachtens durchaus anzusehen. Bei Komplikation, etwa mit Alkoholeinfluß oder erschöpfenden Momenten, dürfte aber auch die Erheblichkeit, die § 51 StGB. voraussetzt, erreicht werden können.

Auf jeden Fall aber ist es angebracht, daß bei Homosexualdelikten wenigstens in eine Prüfung der Grundlage eingetreten werde. Wenn man nicht, wie die Psychoanalytiker, alle Perversion exogen erklären will, was auf den Standpunkt der Juristen alten Stils und auf eine moralisierend-religiöse Grundlage der Strafbestimmungen

hinauslaufen würde, muß versucht werden, dem Nichtmediziner die Endogenie durch exakte Untersuchung und besonders durch den Nachweis etwaiger untrüglicher körperlicher Symptome klarzumachen. Am zweckmäßigsten wird dies erfolgen auf Grund eingehender Untersuchung und Beobachtung in einer Spezialklinik, deren Ärzte mit diesen Fragen aus dem Bereich der Sexualpathologie besonders ver traut sind.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

101. Ordentliche Hauptversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 19. Juni 1926 in Bonn (Nervenklinik).

Anwesend sind: *Adams*-Andernach, *Aschaffenburg*-Köln, *Bach*-Bonn, *Basten*-Bonn, *Bastin*-Bedburg-Hau, *Baumann*-Essen, *Becker*-Johannistal, *Berger*-Düsseldorf, *Blum*-Köln, *Bodet*-Sinthern, *Boernstein*-Frankfurt a. M., *Brandenberg*-Essen, *Brügelmann*-Köln, *Capell*-Düren, Frl. *Deiters*-Düsseldorf, *Dietrich*-Andernach, *Dinkler*-Aachen, *v. Domarus*-Bonn, *v. Ehrenwall*-Ahrweiler, *Förster*-Düren, *Geller*-Bonn, *Herting*-Düsseldorf, *Hey*-Bonn, *Höfling*-Vohwinkel, *Hübner*-Bonn, *Jacobi*-Bonn, *Jacoby*-Sayn, *Kellner*-Düren, *Kirch*-Crefeld, *Kleine*-Ahrweiler, *König*-Bonn, *Köster*-Bonn, *Laskowski*-Saffig, *Löwenstein*-Bonn, *Luthe*-Essen, *Meder*-Köln, *Meyer*-Bonn, *Mörchen*-Wiesbaden, *Müller*-Düsseldorf, *Müller-Heß*-Bonn, *Naegeli*-Bonn a. G., *Neu*-Düren, *Neuhaus*-Roderbirken, Frau *Neustadt*-Düsseldorf, *Neustadt*-Düsseldorf, *Offermann*-Düsseldorf, *Otten*-Düsseldorf, *Peters*-Bonn, *Pfahl*-Bonn, *Raether*-Bonn, *Ridder*-Barmen, *Schäfer*-Andernach, *Schäfgen*-Bonn, *Schaumburg*-Bonn, *Schneider Kurt*-Köln, *Siebert*-Galkhausen, *Sioli*-*Düsseldorf*, *Stallmann*-Bonn, *Störring*-Bonn, *Voß*-Düsseldorf, *Wahn*-Crefeld, *Wegener*-Düsseldorf, *Westermann*-Ensen, *Westphal*-Bonn, *Wiehl*-Düsseldorf, *Wilhelmy*-Bonn.

Der Vorsitzende *Voß*-Düsseldorf gedenkt der zahlreichen, im letzten Jahre verstorbenen Mitglieder: *Eickhoff*, *Erlenmeyer*, *von der Helm*, *Liebmann*, *Neuhaus*, *Partenheimer*, *Rosenthal*, *Schmitz*, *Umpfenbach*, *Völker*, und *Voßschulte*; namentlich *Erlenmeyer* und den beiden langjährigen Vorstandsmitgliedern *Neuhaus* und *Umpfenbach* widmet er Worte wärmster Anerkennung.

Dem Verein treten heute 16 Kollegen bei:

Als Vorstandsmitglied werden *Herting* und *Sioli* gewählt; *Geller* wird zum Schriftführer ernannt.

Vor der Tagesordnung: *A. Westphal* (Krankenvorstellungen): I. Über angeborene allgemeine Athetose auf kongenital-luetischer Grundlage.

Otto H. 9jähriger Knabe. Normale Geburt, ohne Hilfe, ausgetragenes kräftiges Kind (9 Pfd.). Vater im Kriege syphilitisch infiziert. Blut-Wa.

bei ihm und der Mutter +. Machen beide zurzeit eine antisyphilitische Kur durch. Bei dem Sohn Blut-Wa. stark positiv. Nonne-Apelt negativ, Zellen 8/3. Mastix: mittlere Ausfällung im Bereich der Lues-Zone. Am Körper keine kongenitalen Lueszeichen. Die jetzt vorhandene Bewegungsstörung besteht angeblich seit dem 3. Lebensmonat. Es handelt sich um das typische Bild einer allgemeinen Athetose. Athetotische Spontanbewegungen der ganzen Körpermuskulatur, abnorme Mitbewegung, intensive und extensive Reaktiv- und Ausdrucksbewegungen mit Neigung zu tonischer Nachdauer, an Kletterbewegungen erinnernde reaktive Massenbewegungen des Körpers (*O. Förster*), große Schreckhaftigkeit. Die Sprache ist hochgradig gestört, dysarthrisch, beschränkt sich auf einzelne Worte. Intelligenz vermindert, aber nicht so herabgesetzt, wie es die Sprachstörung erscheinen läßt. Die Augenuntersuchung (Univ. Augenklinik) ergibt normalen macula- und Papillenbefund. Sehr ausgesprochener spasmus mobilis der Pupillen, mit Wechsel von prompter, träger und aufgehobener Lichtreaktion, bald ein-, bald doppelseitig. Häufig bei Belichtung die erste Reaktion prompt., dann Starre der mitunter hierbei verzogenen Pupille.

Der ätiologisch sichergestellte Faktor einer kongenitalen Lues ist besonders bemerkenswert mit Hinsicht auf die frühere Beobachtung von *Sioli* und mir (Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 73) von Athétose double, bei welcher die Anamnese und der klinische Befund Syphilis in hohem Grade wahrscheinlich machte, eine Annahme, die durch den anatomischen Nachweis einer ausgedehnten Endarteriitis der kleinen Hirngefäße eine weitere Stütze erhielt. Fälle von allgemeiner Athetose auf Grund kongenital-luetischer Grundlage sind, wie *Nonne* (Syphilis und Nervensystem 5. Aufl.) an der Hand einer eigenen Beobachtung mit Hinweis auf 2 ähnliche Fälle *O. Förster*s hervorhebt, sehr selten. Der demonstrierte Fall erfordert besondere Beachtung mit Hinsicht auf die weitere Entwicklung des psychischen Krankheitsbildes und ist praktisch von Bedeutung für die Beantwortung der Frage, ob diese Fälle durch eine antisyphilitische Therapie, die bei dem Knaben eingeleitet ist, noch zu beeinflussen sind, Wie in dem Fall *Nonne*s muß es auch in unserer Beobachtung dahingestellt bleiben, ob der striäre Symptomenkomplex die Folge einer intrauterin durchgemachten Enzephalitis ist, oder zu deuten ist als Ausdruck einer mangelhaften Entwicklung der Stammganglien infolge Keimschädigung auf kongenitalluetischer Grundlage".

Der Befund des Spasmus mobilis an den Pupillen vermehrt die Zahl der Beobachtungen von Athetose, bei denen dieses Symptom bisher gefunden wurde (*A. Westphal*, Deutsch. Med. Wochenschr. 1925 Nr. 51). Er zeigt in Verbindung mit meinen früheren Feststellungen und neueren Beobachtungen, in denen ich die Erscheinung in typischer Weise auch in einem Falle von *Huntington*scher Chorea und bei Diplegia spastica im Kindesalter nachweisen konnte, daß dem Symptom eine allgemeinere Bedeutung bei Erkrankungen des striären Systems zukommt.

II. Über dyspnoische Anfälle bei Enzephalitis epidemica.

7jähriger Knabe, Februar 1924 Kopfgrippe. Seit dieser Zeit verändert, sehr unruhig, beißt, kratzt, schreit, schlägt um sich. Die auffallendste Erscheinung bieten dyspnoische Anfälle, die zeitweilig

außerordentlich häufig, etwa alle 5 Minuten, zu anderen Zeiten seltener auftreten. Die Exspiration ist bei diesen Anfällen sehr verstärkt, so daß man ein leises Schnaufen vernimmt, dann wird das Gesicht leicht, Lippen und Ohren intensiv zyanotisch; er beugt sich wie in einem Krampfzustand zurück, das Gesicht ist dabei schmerzhaft verzerrt, Arme und Beine meist angezogen, die Atmung scheint zu sistieren. Dauer der Anfälle durchschnittlich ca. $^1/_2$ Minute. Bewußtseinsstörungen sind von uns bei diesen Anfällen nicht beobachtet worden, dagegen sind in der Lindenburg auch Anfälle mit kurzdauerndem Bewußtseinsverlust festgestellt worden. Einmal konnte ich auf der Höhe der Zyanose mydriatische Pupillenstarre konstatieren. Pat. gibt an, von den Anfällen nichts zu wissen.

In der Zeit zwischen den Anfällen große motorische Unruhe mit zeitweilig auftretenden choreiformen oder auch torsionsspasmus-ähnlichen bzw. athetoiden Bewegungen. Fortgesetztes Grimassieren, Einnehmen von grotesk aussehenden, drohenden Haltungen oder auch zärtliches Anschmiegen an die Umgebung.

Es handelt sich hier wohl im wesentlichen um die besonders von *Stern* (Die epidemische Enzephalitis) bei chronischen Amyostatikern beschriebenen dyspnoischen, mitunter in Paroxysmen auftretenden und zwar um die komplexen, von ihm als dyspnoisch-dysmimisch bezeichneten Zustände. Sie unterscheiden sich von den Beobachtungen *Sterns*, bei denen objektiv kein Zeichen einer Zirkulationsstörung bestand, durch die regelmäßig auf der Höhe des Anfalls auftretende Zyanose. Es muß bei dieser Erscheinung an der Überventilationsepilepsie *Försters* nahestehende Zustände gedacht werden. Ähnlichkeit mit den von mir kinematographisch demonstrierten (Zentr. Bl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 42 H. 9/10) Respirationskrämpfen eines 5jährigen Knaben nach Keuchhusten (Pertussis-Enzephalitis).

Der Einfluß psychogener Momente tritt bei beiden Beobachtungen deutlich hervor, ohne daß die krampfartigen Respirationsstörungen als lediglich hysterisch gedeutet werden können, wie das auch *Stern* für seine Beobachtungen betont, die er auf Enthemmungen (Regulationsstörungen) schon bestehender Automatismen zurückführt. Unter weit über 300 Fällen von postenzephalitischen Störungen unserer Beobachtung ist der demonstrierte der erste, der derartige dyspnoische Anfälle zeigt.

III. Über zwei operativ entfernte extramedulläre Rückenmarkstumoren.

1. Fall. 48jährige, früher syphilitisch infizierte Frau B. Seit 6 Jahren allmählich zunehmende spastische Paraparese der Beine, Blase- und Mastdarmstörung. Subjektive und objektive Störung der Sensibilität. Die Annahme einer syphilitischen Meningo-Myelitis hatte zu wiederholten völlig erfolglosen spezifischen Kuren geführt. Eine konstant nachweisbare obere Grenze der Sensibilitätsstörung ließ schließlich einen operativen Eingriff geboten erscheinen. An einer der Sensibilitätsstörung entsprechenden Stelle des Dorsalmarks wurde ein ungewöhnlich großer, knolliger, das Rückenmark stark komprimierender und zur Seite drängender Tumor (Neurofibrom) gefunden und glatt durch die Operation entfernt (Prof. *Naegeli*). Allmähliches Zurückgehen der schweren Kontrakturen, der

Sensibilitätsstörung und der Inkontinenz. Bestehenbleiben einer spastischen Parese der Beine, die das Gehen zurzeit noch unmöglich macht. Hinweis, daß bei Verdacht auf Rückenmarkstumor syphilitisch Infizierter, bei Versagen aller antisyphilitischen Kuren nicht zuviel Zeit mit diesen verloren werden darf, sondern ein chirurgischer Eingriff versucht werden muß.

2. Fall. 44jähriges Fräulein. Seit 4 Jahren Entwicklung einer spastischen Paraparese der Beine ohne objektiv nachweisbare Sensibilitätsstörungen.

Im übrigen Befund am Nervensystem negativ, ebenso die 4 Reaktitionen. Diagnose zwischen „spastischer Spinalparalyse" (multipler Sklerose) und Rückenmarkstumor schwankend. Die Myelographie (Jodipinmethode zisternal und lumbal angewandt) ermöglichte die genaue Lokalisation eines Tumors (kirschgroßes Endotheliom), der an der betreffenden Stelle des Dorsalmarks gefunden und operativ entfernt wurde (Dr. *Schmidt*). Über den Erfolg der erst ganz vor kurzem ausgeführten Operation kann zurzeit Sicheres noch nicht ausgesagt werden. Ohne die moderne Untersuchungsmethode der Myelographie wäre die Lokaldiagnose dieses Falles unmöglich und der Tumor nicht zu entfernen gewesen.

Th. Naegeli (Bonn) ergänzt die Mitteilung von Herrn *Westphal* vom chirurgischen Standpunkt aus. Bei Pat. B. (Fall 1) handelte es sich um eine sogenannte Sanduhrgeschwulst des Rückenmarkkanals. Diese Tumoren entstehen im Wirbelkanal und entwickeln sich nach verschiedenen Richtungen (Hals- und Rückenmuskulatur, Mediastinum) oder umgekehrt, wie eine zweite Beobachtung zeigte, bei der erst Tumor am Hals operativ entfernt wurde, und dann nach einigen Wochen Geschwulst im Wirbelkanal, die Halsseitendruckerscheinungen verursachten (vgl. Mitt. *Guleke*, *Borchardt*, *Naegeli*). Die Myelographie wurde in den letzten Wochen fünfmal ausgeführt und hat uns diagnostisch wesentlich gefördert, einmal, weil sie die Diagnose Tumor wahrscheinlich machte, wo klinisch meningomyelitische Prozesse angenommen wurden, und dann weil die Höhendiagnose exakt gestellt und schließlich weil die Lage des Tumors intramedullär, intra- oder extradural vorher lokalisiert werden konnten.

Bericht über:

1. Intraduraler Rückenmarkschuß (Entfernung des Projektils).
2. Intraduraler Rückenmarkstumor (zweiter Fall von *Westphal*).
3. Zwei extradurale Rückenmarkstumoren (Chondrom, Metastat. Carc.).
4. Intraspinales Fibrosarcom.

Demonstration der Myelographien.

W. Börnstein-Frankfurt: Über die neurologische und psychiatrische Bedeutung des Geburtstraumas.

Ein sehr großer Teil der sogenannten „angeborenen" Nervenkrankheiten, einschließlich der „genuinen" Epilepsie und der Idiotie, ist, wie insbesondere *Schwartz* in ausgedehnten Untersuchungen hat nachweisen können, durch das Geburtstrauma bedingt: Bei der Geburt entstehen durch die Differenz zwischen Wehen- und Atmosphärendruck auf den vorliegenden Teil des Fötus einwirkende Ansaugungskräfte, die bis

zu $^1/_3$ Atmosphäre erreichen können — d. h. Kräfte, die imstande sind eine 24 kg schwere Wassersäule zu tragen. Bei dieser Ansaugung kann es zu schweren venösen Blutungen im vorliegenden Körperteil kommen.

Schwartz zeigte, daß diese Blutungen innerhalb des Schädels im wesentlichen das Gebiet der Vena terminalis und der Vena lateralis ventriculi betreffen und daß als ihre Folge Zerstörungen selbst schwersten Grades in den von diesen Gefäßen versorgten Hirngebieten — vorwiegend im frontalen, fronto-parietalen und im okzipitalen Markgebiet der Großhirnhemisphären — auftreten können. Auch die Stammganglien sind häufig geschädigt.

Vortragender zeigt an Hand von Beispielen die verschiedenen Stadien dieser geburtstraumatischen Schädigungen und weist darauf hin, daß es *Schwartz* und seinen Mitarbeitern *Voß*, *Berberich* u. a. gelungen ist, mit Hilfe der vestibularen Untersuchungsmethoden klinische Stigmata aufzufinden, die die Diagnose „Geburtstrauma" am Lebenden zu stellen erlauben.

Diskussion. — *A. Meyer*: Die Arbeiten von *Schwartz* und seinen Mitarbeitern über die geburtstraumatischen Schädigungen sind auch insofern sehr bedeutsam, als sie bemerkenswerte Aufschlüsse über die Ausbreitung von Gehirnprozessen geben, ein Problem, dem augenblicklich in der gesamten Gehirnpathologie eine große Beachtung geschenkt wird. Ein besonders wichtiges Resultat ist die Feststellung der Abhängigkeit der durch das Geburtstrauma gesetzten Schädigungen von bestimmten Gefäßsystemen. In Tendenz und Ergebnissen berühren sich diese Arbeiten mit der Erforschung gewisser Giftschädigungen des Z. N. S., vor allem der Kohlenoxydvergiftung. Um eine möglichst breite Basis, die allein nur ein verwertbares Bild über die Ausbreitung der CO-Schädigungen geben kann, zu gewinnen, habe ich in Ergänzung der bisherigen klinischen Befunde tierexperimentelle Studien begonnen. Über das Ergebnis derselben werde ich demnächst an anderer Stelle berichten.

Sioli-Düsseldorf: Der Stand des Morphinismus.

Die weitere Steigerung des Morphinismus im letzten Jahre verdient ernsteste Beachtung. In Grafenberg wurden vor dem Krieg jährlich 1—2 Morphinisten aufgenommen, von 1919 an beginnt eine immer stärkere Steigerung bis auf 28 Morphinisten im Jahre 1924 und 40 im Jahre 1925, darunter 31 Männer und 9 Frauen. Es handelt sich dabei nur zum kleinsten Teil um die Wiederkehr alter Fälle, es überwiegen (17 von 30 Männern) die Neuaufnahmen. Auffallende Unterschiede gegenüber dem Vorkriegsmorphinismus liegen in der Verschiebung der sozialen Struktur der Morphinisten, von denen jetzt $66^2/_3\%$ den niederen Volkskreisen angehören, und in der stärkeren Beteiligung der jugendlichen Altersklassen. Unter den 1925 aufgenommenen Morphinisten beträgt die Dauer des Morphiummißbrauchs 1—10 Jahre, in den letzten Jahren kommen die Morphinisten anscheinend rascher zur Entziehung als während des Krieges. Diese erhöhte Kurwilligkeit kann auf materiellen wie ideellen Gründen beruhen. Am häufigsten ist der Mißbrauch von Morphium und Kokain, danach der von Morphium allein. In 4 Fällen war der Morphiumgebrauch durch schwere Krankheit gerechtfertigt, in 26 Fällen war der

Morphiumgebrauch nicht gerechtfertigt, in diesen Fällen wurde Morphium in 10 Fällen ohne Berechtigung ärztlich verordnet; in 10% der Fälle entstand der Morphinismus durch Verführung durch andere Morphinisten ohne allen Grund. Die Morphinisten sind jetzt in Gemeinden oder Klubs zusammengeschlossen, die sich beim Einkauf und Austausch unterstützen. Diese Klubs bilden durch ihre massenpsychologische Wucht die größte Gefahr für die Entzogenen und Entwöhnten.

Der Bezug des Morphiums ist jetzt erschwert, der bequemste Weg des Morphiumbezugs ist heute der mittels ärztlichen Rezeptes. Die Bekämpfung des Morphinismus muß vorwiegend an 2 Stellen ansetzen, am Morphiumbezug und an der Person des Morphinisten. Der Morphiumbezug ist durch das Opiumgesetz geregelt. Überschreitungen werden durch die Standesvereine der Ärzte und Apotheker bestraft, in letzter Zeit erfreulicherweise immer mehr. Das System der Sicherung gegen ungerechtfertigten Morphiumbezug ist wohl ausreichend, wenn es nur genügend gehandhabt wird.

Die einzig mögliche Therapie des Morphinismus ist die Entziehung in einer geschlossenen Anstalt. Nur in Ausnahmefällen kann man dabei von der Methode der plötzlichen Entziehung abgehen. Die Abstinenzbeschwerden sind durch zielbewußte Psychotherapie zu erleichtern. Behandlungsunwillige Morphinisten sind polizeilich einzuweisen. Immer wieder rückfällige Morphinisten, insbesondere wenn sie Mitglieder oder gar Haupt der Morphinistenklubs sind, gehören nach der Entziehung und einer [illegible] ärztlichen Entwöhnung ins Arbeitshaus. Die Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. II. 1924 erlaubt, die Morphinisten ohne vorhergehende Bestrafung oder Entmündigung auf Grund von Arbeitsscheu und Verfall in öffentliche Unterstützung ins Arbeitshaus zu bringen. (Ausführliche Veröffentlichung in Klin. Wschr. 1926, Nr. 38.)

Löwenstein-Bonn: Klinische und experimentelle Grundlagen für die Anwendung der „aktiven Therapie" bei Psychosen.

Nachdem etwa um das Jahr 1900 die Bettbehandlung als souveränes Mittel für die Behandlung der Psychosen in fast allen Kulturländern eingeführt war, schien die Erörterung über ihren Nutzen abgeschlossen, bis im Jahre 1924 *Simon*-Gütersloh die Frage erneut zur Diskussion stellte und wesentlich zugunsten der Arbeitstherapie beantwortete. Zahlreiche Nachuntersucher konnten im großen und ganzen *Simons* Angaben bestätigen. Wenn man aber die Zusammenstellung der Ergebnisse ansieht, die nach dem *Simon*schen Verfahren erzielt wurden und mit denen vergleicht, die vor 30 Jahren nach der systematischen Einführung der Bettbehandlung erreicht worden waren, so fällt die vollständige Analogie zwischen beiden auf. Das Fortschreiten vom untätigen Umhersitzen der Kranken oder unsystematischer Arbeitsbehandlung zur systematischen Bettbehandlung ergab den gleichen Erfolg, den 30 Jahre später das Fortschreiten von Bettbehandlung zu systematisierter Arbeitsbehandlung erzielte. Was besagt das klinisch und pathopsychologisch? Der Vortragende zeigt an Hand von klinischen und experimentellen Untersuchun-

gen, daß gerade diejenigen Krankheitsgruppen jeweilig am meisten von beiden Behandlungsweisen betroffen wurden, in die — klinisch und experimentell nachweisbar — am häufigsten psychogene Komponenten eingehen und das äußere Krankheitsbild bestimmen; in denen also die reaktiv-labile Konstitution mit ausgebildeten Psychosen zusammentrifft. Am häufigsten ist diese Kombination bei der Schizophrenie, und unter ihren Unterformen wiederum am häufigsten bei der Katatonie; am seltensten ist sie bei der genuinen Epilepsie. Aus einer von dem Vortragenden auf experimenteller Grundlage aufgestellten Skala für die Häufigkeit der Kombination zwischen reaktiv-labiler und psychotischer Konstitution ergibt sich ein Hinweis auf die Anwendungsmöglichkeiten der Arbeitstherapie (wie jeder anderen systematisierten Psychotherapie), die mit den bereits erzielten Erfolgen gut übereinstimmt. Auf dieser Grundlage werden die Prinzipien für die Anwendung von Arbeitstherapie und Bettbehandlung erörtert und er Versuch zu einer wissenschaftlich fundierten Indikationsstellung unternommen. (Erscheint ausführlich an anderer Stelle.)

Neustadt-Düsseldorf: Zur Psychopathologie der Enzephalitisfolgezustände.

Die psychischen Enzephalitisfolgen der erwachsenen Postenzephalitiker zeigen als hauptsächlichste Äußerungsform die Aspontaneität, den Mangel an Antrieb, die Bradyphrenie. Wir kennen derartige Einstell- und Antriebsstörungen zum Teil von anderen Erkrankungen der subkortikalen Zentren her und sehen in ihnen den direkten Ausdruck der Stammganglienschädigung.

Von den andersartigen und komplizierteren Folgeerscheinungen der jugendlichen Enzephalitiker greife ich vier Fragen heraus: 1. die Frage ihrer Spezifität, 2. die Frage ihrer Bezeichnung, 3. die Frage der hirnpathologischen Lokalisationsmöglichkeit, 4. die Frage ihres Mechanismus. Es ist auffallend, daß in der Praxis die Zustandsbilder, wie sie gewöhnlich nach Enzephalitis bei Jugendlichen auftreten, bei oder nach anderen Erkrankungen so selten sind. Es sind nur wenige Fälle beschrieben. Aber selbst, wenn die Zahl der publizierten Fälle wesentlich hinter den tatsächlichen Verhältnissen zurückbleibt, ist es verwunderlich, wie selten nach einer so verbreiteten Krankheit wie dem Scharlach oder nach anderen Gesamtintoxikationen mit Beteiligung des Gehirns oder nach Gehirntraumen im Jugendalter die psychischen Folgezustände auftreten, wie wir sie nach Enzephalitis gewöhnlich sehen. Im allgemeinen restieren Schwachsinnszustände oder epileptoide Charakterveränderung. Bei den Postenzephalitikern sehen wir dagegen eine komplizierte Mischung von Affekt-, Trieb- und Handlungsstörungen zurückbleiben. Wenn diese Symptomenverkoppelung auch nicht im strengsten Sinne als für Enzephalitisfolgezustände spezifisch zu bezeichnen ist — wie vereinzelte Fälle zeigen —, so muß man in der Praxis jedoch immer zuerst an Enzephalitisfolgen denken, wenn man abnorme Reagibilität, sinnlose Triebhaftigkeit mit irgendwelchen charakterologischen Abartungen vereint bei Jugendlichen neu entstehen sieht. Man kann also von einer praktischen Spezifität der psychischen Enzephalitisfolgezustände sprechen.

Trotz der Einheitlichkeit und praktischen Spezifität wechselt die Bezeichnung mannigfach. So finden wir z. B. die Bezeichnung der Enzephalitisfolgen als moriaartige, als moral-insanityähnliche, als psychopathieähnliche oder sogar psychopathische Charakterveränderung. Die Bezeichnung „moria" ist bereits für mit Bewußtseinstrübung verbundene Zustandsbilder vergeben. Der moral insanity gegenüber ergeben sich wesentlich klinische Differenzen. Mit der Benennung Psychopathie wird das Wesen der Enzephalitisfolgen ebenfalls verkannt; denn als Psychopathie bezeichnen wir bestimmte Formen konstitutioneller seelischer Abartungen, in den Enzephalitisfolgen äußert sich dagegen ein nach Grad, Stärke und Tempo wechselnder organischer Hirnprozeß. Sämtliche Bezeichnungen sind also abzulehnen. Auch die Bezeichnung als Charakterveränderung ist zu einseitig, da das Verhalten der jugendlichen Postenzephalitiker stärker gestört ist als ihr Charakter, wie an den sozialen Störungen analysiert wird. Es empfiehlt sich deshalb eine Benennung, die eine einseitig übertreibende Festlegung vermeidet, die der Verhaltens- oder Wesensänderung nach Enzephalitis.

Die Einheitlichkeit der Enzephalitisfolgen, die anatomische und klinische Natur der akuten Enzephalitis legen den Gedanken an eine einheitliche Lokalisationsmöglichkeit der psychischen Folgeerscheinungen nahe, etwa in die Stammganglien. Deren Bedeutung für das Seelenleben wird anerkannt. Keineswegs ist jedoch bisher durch die neueren Erfahrungen der Anatomie und Klinik zu beweisen, daß der Hirnrinde bei Willensäußerungen, Gedächtnis- und anderen psychischen Leistungen die untergeordnete Rolle zukommt, die ihr neuerdings zugewiesen werden soll. Auch die Lokalisation der psychischen Folgeerscheinungen in das Stirnhirn vermag nur einzelne Erscheinungen, nicht das Gesamtbild zu erklären. Die Frage lautet nicht: Stirnhirn- oder Stammganglienstörung, sondern die psychologische Analyse ergibt, daß es sich um eine Störung der gesamten zerebralen Mechanismen handelt.

Die verbreitetsten Theorien über den Mechanismus der Encephalitisfolgen bedienen sich des neurophysiologischen Begriffs der Enthemmung subkortikaler Zentren. Der Begriff der Enthemmung ist fruchtbar zum Verständnis mancher körperlicher und psychischer Iterativerscheinungen, genügt jedoch nicht zur Erfassung der komplizierteren Enzephalitisfolgen. Zu deren Verständnis dienen andere Begriffe der Neurophysiologie, die der Desintegrierung und Irradiation. Wir verstehen unter Irradiation die Erscheinung, die, auf organischer Läsion des ZNS. beruhend, durch ungewöhnliche Verbreiterung, Steigerung und Vereinseitigung der Reflexphänomene charakteristisch sind. Diese Eigenschaften lassen sich unschwer in den psychischen Folgen bei den jugendlichen Postenzephalitikern nachweisen, deren Verständnis und Mechanismus uns durch den Begriff der Irradiation zugänglich wird. (Ausführliche Veröffentlichung in Klin. Wschr. 1926, Nr. 38.)

E. von Domarus: Halluzinatorisch-paranoide Bilder bei Metenzephalitis.

Es wird über 5 Fälle von Metenzephalitis berichtet, von denen 2 (*Scholz*, *Leyser*) aus der Literatur bekannt sind, und 3 an der Bonner

Klinik gesehen wurden, bei denen ein halluzinatorisch-paranoides Bild zu beobachten war. Diese Zustandsbilder wurden mit exogen bedingten Halluzinosen, wie sie etwa im Gefolge der Lues, des Alkohols, auftreten, verglichen.

A. Meyer: Zur pathologischen Anatomie der epidemischen Enzephalitis.

Fall 1: Kindliche Metenzephalitis mit außerordentlichem Bewegungsdrang und charakteristischer Wesensänderung. Anatomisch finden sich an den typischen Stellen im Höhlengrau des 3. Ventrikels und Aquädukts, in der Substantia nigra usw. gliös-narbige Veränderungen. Befremdend ist wie in einem ähnlichen Falle von *Wilkens* das Fehlen des klinischen Nigrasymptoms trotz nicht unbeträchtlicher Beteiligung der Substantia nigra. Die Großhirnrinde ist zwar nicht unversehrt, doch stehen die Veränderungen derselben zweifellos hinter denen im Hirnstamm zurück. Eine Erörterung der Bedeutung dieses Befundes für die Auffassung und Lokalisation der mit Bewegungsdrang einhergehenden Wesensänderungen wird demnächst ausführlich erfolgen.

Fall 2: Beginn mit typischem Fieber, Doppeltsehen und Schlafsucht. Allmähliche Ausbildung einer ausgesprochenen Defektpsychose mit Anklang an das *Korsakow*sche Zustandsbild und Ausgang in Demenz. Gesamtkrankheitsdauer über 3 Monate, in der letzten Krankheitsperiode mitunter beträchtliches Fieber. Im Gehirn finden sich keine Veränderungen im Mittelhirn, dagegen ausgesprochene und umfangreiche Erweichungen im Großhirn, besonders in beiden Schläfenlappen. Auch das Putamen ist in leichterem Grade mitbeteiligt. Entzündliche Veränderungen fehlen ganz, auch thrombotische Prozesse. Auszuschließen sind Arteriosklerose und Lues, auch für Sepsis fanden sich keine Anhaltspunkte. Der schwer deutbare Fall kann als zerebrale Grippeerkrankung von *Leichtenstern*schem Typus aufgefaßt werden, wobei im Beginn eine Kombination mit einer (nachher ausgeheilten?) Encephalitis epidemica als möglich anzunehmen ist.

Raether-Bonn: Die „offene Fürsorge" in Bonn.

Nach dem Vorbilde des „externen Dienstes" der Anstalt Erlangen, den *Kolb* 1911 begründete, der heute von *Faltlhauser* in Erlangen, Nürnberg und Fürth mit Hilfe eines Assistenzarztes, 5 hauptamtlichen und 2 nebenamtlichen Fürsorgepflegern- bzw. -innen versehen wird, der im Berichtsjahre 1925 1879 Patienten in 100 Sprechstunden mit je 24 Fällen und ca. 17 000 Hausbesuchen betreute, soll jetzt auch von der Anstalt Bonn aus unter Leitung des Vortragenden eine „Fürsorgestelle für Nerven- und Gemütskranke für Bonn und Umgebung" eingerichtet werden. Abweichend von der Erlanger Fürsorge, ähnlich etwa wie in Wiesloch-Mannheim, will die Bonner Fürsorge in erster Linie die bestehenden städtischen und kreiskommunalen Fürsorgeorgane (Gesundheitsämter, Bezirksfürsorgerinnen, Kreisfürsorgerinnen) zur Mitarbeit heranziehen, da ja auch in erster Linie die Bezirksfürsorgeverbände, welche die Kosten für eine evtl. Anstaltsunterbringung ihrer geistig Abnormen zu tragen haben, daran interessiert sind, daß die teure Anstaltspflege in

allen angängigen Fällen durch die psychiatrisch überwachte Pflege in der eigenen Familie ersetzt wird. In zweiter Linie hat der Landesfürsorgeverband (Rhein. Provinzial-Verwaltung) ein Interesse daran, daß die Heil- und Pflegeanstalten nicht durch unnötige Einweisung von familienpflegefähigen geistig Abnormen überfüllt und durch Frühentlassungen Schizophrener und anderer leichter Fälle in die eigene Familie entlastet werden. Diese Möglichkeiten soll die Fürsorgestelle schaffen.

Seit Anfang 1926 entwickelte sie sich langsam und organisch und hat heute folgende Einrichtungen:

1. Abhaltung einer Sammelsprechstunde auf dem Gesundheitsamt der Stadt Bonn für die Fälle, welche die städtischen Bezirksfürsorgerinnen bei ihrer allgemeinen Familienpflege als psychisch auffällig, beratungs- oder behandlungsbedürftig erkennen (durchschnittlich alle 14 Tage einen Vormittag).
2. Tägliche Sprechstunden des Fürsorgearztes in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bonn.
3. Nachgehende Fürsorge durch Hausbesuche für alle aus der Anstalt nach Bonn Entlassenen bzw. Beurlaubten.
4. Nachgehende Fürsorge bei allen vom städt. Gesundheitsamt oder Ärzten zugewiesenen oder freiwillig erschienenen geistig Abnormen im Stadtbezirk Bonn (ausschließlich der jugendlichen Psychopathen und Trinker, die schon seit Jahren in Fürsorge des Instituts für gerichtliche und soziale Medizin von Prof. *Müller-Hess* stehen).
5. Fortlaufender Ausbildungskursus für die städt. Bezirksfürsorgerinnen, 1 Stunde wöchentlich im Unterrichtssaal der Anstalt (mit Krankenvorstellungen).
6. Einreichung einer 14 tägigen Nachweisung aller in der Stadt Bonn in offener Fürsorge stehenden Patienten an das städtische Gesundheitsamt unter besonderer Bezeichnung der Fälle, die häufiger besucht und tatkräftig überwacht werden müssen (z. Z. 75 Fürsorgepatienten in Bonn).
7. Führung von Krankenblättern über jeden Fürsorgepatienten, bei Anstaltsentlassenen unter Beiziehung des betr. Journals der Anstalt oder Nervenklinik; bei diesen Fürsorge-Krankenblättern werden auch die evtl. Berichte der städt. Fürsorgeorgane gesammelt.
8. Verschaffung von Arbeit nach Möglichkeit, Vermittlung in Wohnungsschwierigkeiten, Erwirkung von Unterstützungen in geeigneten Fällen, Zuweisung an die praktischen Ärzte im Bedarfsfalle.

Erst in Entwicklung ist:

1. Die nachgehende Fürsorge für Entlassene und Anstaltsfreie in der Umgebung von Bonn (Bonn-Land, Siegkreis, Kreis Euskirchen und Rheinbach) in Verbindung mit einem (etwa alle Monate stattfindenden) Sprechtage bei den Kreiswohlfahrtsämtern; eine rationelle Betreuung dieser ländlichen Bezirke kann jedoch erst mit Hilfe eines Kleinautos erfolgen, welches noch bewilligt werden muß.
2. Die Einbeziehung von Köln-Stadt und Köln-Land durch Betreuung aller in diesen Bezirk Entlassenen (unter Abtrennung dieses Zweiges von der in Köln bereits bestehenden städtischen „Fürsorge-

stelle für Nervöse", die von Prof. *Kurt Schneider* betrieben wird, einstweilen an einem Tag in Köln, an welchem unter Beihilfe der städt. Spezialfürsorgerin eine Sprechstunde abgehalten wird und die notwendigsten Hausbesuche gemacht werden. Da aus Köln und Umgebung weitaus der größere Teil der Bonner Anstaltsinsassen stammt, wird bald ein zweiter Tag zur nachgehenden Fürsorge angesetzt werden müssen.

3. Heranziehung der bisherigen Vertrauensleute des Hilfsvereins für Geisteskranke der Rheinprovinz zur aktiven Mitwirkung im Sinne der offenen Fürsorge, besonders in entlegenen Bezirken, evtl. gegen Vergütung.
4. Größtmöglichste Gewinnung charitativer oder konfessioneller Organisationen zur Mithilfe, Interessierung von Ärzten und Geistlichen für die Ziele der offenen Fürsorge.
5. Anstellung einer erfahrenen Pflegerin der Anstalt als Fürsorgepflegerin zur Unterstützung bei Sprechstunden und Hausbesuchen.
6. Einrichtung je einer Arbeitskolonne nach dem Muster von Nürnberg-Schniegling in den Grünanlagen von Bonn und Köln für erwerbsbeschränkte Fürsorgepatienten, vornehmlich Epileptiker, unter Aufsicht eines in der Irrenpflege ausgebildeten Pflegers.

(Zusammengestellt auf Grund von Eigenberichten.)

Geller, Schriftführer.

---

58. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens in Hannover am 1. Mai 1926.

Anwesend waren: Aus Hannover: *Glettenberg*, *Heintze*, *Krüger*, *Lillie*, *Loewenstein*, *Lübbers*, *Rizor*, *Schackwitz*, *Schlesinger*, *Schwabe*, *Stamm*, *Willige*. Aus Hildesheim: *Arbeit*, *Frensdorf*, *Grimme*, *Wegener*. Aus Göttingen: *Delbrück*, *Fleck*, *Maschmeyer*, *Richard*, *Schultze*, *Stern*. Aus Lüneburg: *Harries*, *Kracke*. Aus Langenhagen: *Kahle*, *Rinne*, *Schütte*. Aus Wunstorf: *Gerstenberg*, *Rapmund*. Aus Osnabrück: *Reinelt*, *Schneider*. Aus Bremen: *Alfes*, *Benning*, *Delbrück*, *Peltzer*, *Rehm*. Aus Bielefeld: *Boeckh*, *Hobohm*, *Volland*. Aus Oeynhausen: *Aly*, *Voigt*, *Wichura*. Aus Braunschweig: *Bingel*, *Hampe*, *Loewenstein*. Aus Königslutter: *Grütter*, *Meyer*, *Wenklau*. Aus Marsberg: *Hering*, *Hurten*. Aus Münster: *Lachmund*, *Kobsch*, *Petermann*. Aus Gütersloh: *Persch*, *Simon*. Aus Warstein: *Günther*, *Heftner*. Ferner: *Kafka*-Hamburg, *Kaltenbach*-Bad Suderode, *Eichelberg*-Hedemünden, *Dieckmann*-Vollmerdingen, *Hermel*-Rinteln, *Schnitter*-Eickelborn, *Delius*-Göppingen, *Westrum*-Lengerich, *Holzer*-Aplerbeck, *Gellhorn*-Goslar, *Müller*-Lindenhaus.

Vorsitzender: *Schultze*. Schriftführer: *Grimme*.

Simon-Gütersloh: „Arbeitstherapie in der Irrenanstalt" und ihre moderne Ausgestaltung".

Der große Wert der Arbeit für die Behandlung der Geisteskranken ist seit den Zeiten *Pinels* den Irrenärzten bekannt und bereits im vorigen

Jahrhundert (England, Altscherbitz!) zielbewußt zum Wohle der Kranken ausgenützt worden. Die Arbeits-„Therapie" kam durch die verallgemeinerte Bett- und Dauerbadbehandlung etwas ins Hintertreffen, was aber durchaus nicht den klar ausgesprochenen Absichten der verdienstvollen ersten Verfechter der Bettbehandlung entsprach. Niemand anders als *Cl. Neisser* hat wiederholt betont, wie wichtig es ist, die Kranken rechtzeitig wieder aus dem Bette herauszuholen und an eine, ihren Kräften entsprechende Tätigkeit zu bringen.

Wir sind in Warstein (seit 1905) und Gütersloh (seit 1919) mit der Heranziehung der Kranken zur Arbeit allmählich immer weiter gegangen und führen in den letzten Jahren fast restlos alle Kranken — so weit sie nur körperlich dazu geeignet sind — gleich von der Aufnahme ab einer ärztlich ausgewählten und abgestuften Beschäftigung zu. Die anfänglich gehegte Befürchtung, es möchten sich dabei Gewalttätigkeiten und Unfälle häufen oder das Wohlbefinden mancher Kranken nachteilig beeinflußt werden, bestätigte sich nicht. Im Gegenteil traten die vorher bedenklichen Eigenschaften vieler Kranker, besonders die große Reizbarkeit und Neigung zu brutalen Gewalttätigkeiten, sehr zurück und verschwanden schließlich so gut wie ganz aus dem Anstaltsbilde. Auch ängstlich erregte und verwirrte Kranke, bei denen wir an der Bettbehandlung noch am längsten festgehalten hatten, entwickelten sich meist günstiger, wenn wir sie an eine, allerdings sehr vorsichtig dosierte und ausgewählte Beschäftigung brachten.

Natürlich wachsen die Schwierigkeiten um so mehr, je näher man den letzten, widerstrebenden Prozenten des Krankenbestandes kommt. Nur zähe Ausdauer und Unverdrossenheit von Arzt und Personal können sie überwinden.

Bei der praktischen Durchführung der Arbeitstherapie steht das therapeutische Moment im Vordergrund. Doch wird ein „praktischer" Arzt immer dafür sorgen, daß die geleistete Arbeit auch nützlich ist. Nur dann wird der Kranke auch ein Interesse an der Arbeit gewinnen. Beschäftigung mit nutzlosen Dingen ist unlogisch und bringt den Kranken nicht der Eignung für das wirkliche Leben näher. Geradezu ein Fehler ist die Beschäftigung in der Richtung krankhafter Neigungen, Gedankengänge und Verirrungen. Denn sie wirkt im Sinne der Übung nach der krankhaften Seite hin. Die Arbeit soll wirklich und ernst sein, kein „beschäftigter Müßiggang", sonst verbummeln die Kranken dabei. Die dem Kranken zugemessene Arbeitsleistung muß den jeweiligen körperlichen und geistigen Kräften, die bei manchen Kranken sehr gering sind (ängstliche, verwirrte Kranke!), vorsichtig angepaßt werden, soll sich aber immer an der oberen Grenze dieser Leistungsfähigkeit halten. Nur so lassen sich allmähliche Fortschritte erzielen. Organisation des ganzen Beschäftigungsbetriebes ähnlich wie bei verschiedenen Schulklassen: Ein Kind, das man dauernd in der untersten Klasse sitzen ließe, bliebe geistig zurück. Dasselbe gilt mutatis mutandis für die Kranken. Unbeschadet des Fortschreitens der Leistung auf höhere Stufen soll die Beschäftigung eine gewisse Stetigkeit behalten. Dauernder Wechsel der Arbeit verhindert das Zustandekommen einer wirklichen Leistung und damit auch die Wiedererweckung des Arbeitsinteresses und des Selbstvertrauens bei den Kranken.

Nach allem kann nur der psychiatrisch gut erfahrene Arzt die Krankenarbeit leiten, und wo ärztliche und Verwaltungsinteressen dabei in Konflikt geraten, kann nur ein ärztlicher Direktor vermitteln, dem gleichzeitig die Verantwortung für die ärztlichen und die Verwaltungsbelange obliegt. Die ganze Anstalt mit allen ihren Betrieben ohne Ausnahme muß auf Therapie eingestellt sein!

Nicht um die eigene Leistung anderen Anstalten gegenüber hervorzuheben, sondern lediglich um die unbedingt nötige Selbstkontrolle zu haben, ist die regelmäßige Verfolgung des erreichten Beschäftigungsgrades (B. G.) wichtig. Er ist ein gutes Barometer für das Wetter, das jeweils in der Anstalt herrscht: Fast regelmäßig ist fallender B.-G. begleitet von Zunahme der Unruhe und der unsozialen Eigenschaften der Kranken und umgekehrt. Wo sich der B.-G. den vollen 100% nähert, da gibt es überhaupt kaum noch wirkliche Unruhigenabteilungen.

In bezug auf die verschiedenen Beschäftigungszweige ist Neues nicht zu sagen. In dieser Beziehung bietet Gütersloh nichts, was nicht andere Anstalten auch hätten. Von Bedeutung für die Erzielung eines vollen Erfolges ist nur die Einrichtung einer „Hausindustrie" auf allen geschlossenen und Wachabteilungen, damit auch die nicht zu den Werkstätten und zur Außenarbeit gehenden Kranken immer beschäftigt werden können. Gerade bei dieser Hausindustrie spielt sich die schwierigste Anleitung und Beruhigung der aufgeregten und der frisch aufgenommenen Kranken ab. Sie verlangt deshalb auch das bestgeschulte Personal.

Auch in der arbeitsfreien Zeit sollen die Kranken nie ganz untätig umhersitzen oder sich räkeln. Sonst sind sie sofort wieder den Auswirkungen der Krankheit hemmungslos überlassen und die so außerordentlich wichtige Wirkung der psychischen Übung macht sich wieder in abwegiger statt in gesunder Richtung bemerkbar: Anregung der Kranken zum Spielen, Lesen, Bilderbetrachten, zur Unterhaltung, zu Musik und Tanz. Wie bei aller Psychotherapie geht auch hier der Erfolg der persönlichen Erkenntnis, Regsamkeit, Anpassungsfähigkeit von Arzt und Personal parallel. Er ist das Ergebnis einer unermüdlichen, aufmerksamen und tatkräftigen Detailarbeit („Aktivität"), ohne die er ausbleibt. Durch eine „aktivere Therapie", von der die Beschäftigung nur ein Teil, wenn auch der bei weitem wichtigste ist, gewinnt die Tätigkeit des Psychiaters eine stark individuelle und individualisierende Note, was aber kein Nachteil ist.

Diskussion. — *Müller*-Lindenhaus: Bei der sehr kurz bemessenen Diskussionsredezeit muß ich mich statt des beabsichtigten, ausführlichen Berichtes über unsere Erfolge mit der Beschäftigungstherapie auf einige kurze Mitteilungen beschränken: Die Beschäftigungstherapie hat in der Anstalt Lindenhaus neben Bett- und Bade-Behandlung von jeher eine geachtete Stelle eingenommen. Ihre zahlenmäßigen Erfolge sind aber nie über 55—60%, den Durchschnitt wohl der meisten Anstalten, hinausgekommen.

Die Umstellung auf die Beschäftigungstherapie erfolgte im Sommer 1923; eine besondere Erschwerung war dadurch gegeben, daß geeignete Räumlichkeiten nur in sehr unzureichendem Umfange zur Verfügung standen: den früheren Grundsätzen der Bettbehandlung entsprechend,

hatten manche Häuser überhaupt keine Tagesräume. Es ließen sich aber durch zweckmäßige Umräumungen Tagesräume für 50—60 Kranke beschaffen. Bei den aus den Betten genommenen Kranken wurde planmäßig von leichterer zu schwerer Arbeit fortgeschritten: für die „Anfänger" hat sich als sehr geeignete Arbeit das Zerzupfen alter Woll- und Baumwollreste bewährt: das gewonnene Material war zum Einfüllen von Kissen und Decken gut zu verwenden. Die Frauen haben wir, trotz anfänglicher großer Bedenken auch auf den unruhigen Abteilungen mit dem ihnen seit ihrer Kindheit vertrauten Stricken beschäftigt: unsere Befürchtungen haben sich als grundlos erwiesen, Selbstverletzungen und Beschädigungen anderer sind fast niemals beobachtet worden.

Bei den alten Anstaltsinsassen darf man irgendwie erhebliche, materielle Gewinne für den Betrieb aus dieser Betätigung nicht erwarten: das ist ja auch nicht der Zweck; dieser ist vielmehr: die Kranken vor weiterem geistigem Verfall zu bewahren, die ihnen verbliebene, geistige Regsamkeit wachzuhalten und in ihnen das mit jeder nützlichen Arbeitsleistung verbundene Lustgefühl zu wecken. Der Erfolg dieser Arbeit zeigt sich nicht nur in der größeren Ruhe und Behaglichkeit unserer Wachsäle, sondern auch in dem frischeren und zufriedeneren Aussehen unserer Kranken. Wir beschränken uns übrigens nicht auf Arbeits-, sondern betreiben planmäßig Beschäftigungs-Therapie, d. h. wir dehnen unsere Anregungsversuche bei den Kranken auch auf die Sonn- und Festtage aus, die ja den sechsten Teil des Jahres ausmachen. Wir sind oft überrascht gewesen, daß manche Kranke, von denen wir derartiges nie erwartet hätten, sich an Singspielen im Garten und an Gesellschaftsspielen aller Art auf ihren Abteilungen beteiligten und belustigten. Grade das Aussehen der Abteilungen an den Sonntag-Nachmittagen legt am besten Zeugnis ab von der geschehenen Umwandlung. Natürlich stellt die Umstellung auf das *Simon*sche Verfahren ganz besondere Anforderungen an Ärzte und Pflegepersonal: letzteres muß immer wieder dazu angehalten werden, auch in scheinbar aussichtslosen Fällen Geschick und Erfindungsgabe dran zu setzen, um doch noch einen Zugang zu dem scheinbar verödeten Gemüt des Kranken zu finden. Aber alle aufgewandte Mühe lohnt sich auch reichlich, weil alle späteren Neuaufnahmen nun von vornherein gleich sich viel leichter und rascher sozialisieren lassen. — *Rehm*-Bremen: Die Durchführung der Arbeitstherapie im Sinne *Simons* ist sicherlich sehr bemerkenswert. Die vorgebrachten Zahlen sind nur bei genauer Kenntnis der Art des Krankenmaterials in Gütersloh verwertbar. Gegen die Ausnutzung akuter Kranker durch körperliche Arbeit bestehen sehr erhebliche Bedenken. So ist z. B. bei Melancholie körperliche Arbeit nur bei genauester Beachtung des Körpergewichtes angängig; es ist dem Kliniker bekannt, daß durch die Arbeit das Körpergewicht abfallen und dadurch die Genesung mindestens erheblich verzögert werden kann. Das Wesentliche ist die Heilung der Kranken, nicht die Arbeitsleistung. — *Frensdorf*-Hildesheim: Der Prozentsatz der arbeitenden Kranken auf der Frauenabteilung des Michaelisklosters der Anstalt Hildesheim, der früher 70—71% betrug, ist nach Einführung der intensiven Arbeitstherapie auf 80—84% gestiegen, wobei die körperlich Kranken als nicht arbeitende Kranke gezählt sind. Daß das Prozentverhältnis ungünstiger ist als in Gütersloh,

ist darauf zurückzuführen, daß die räumlichen Verhältnisse in dem noch nicht umgebauten Teil der Anstalt äußerst enge sind, daß die Zahl der erregten Kranken infolge gehäufter Aufnahme eine sehr große ist und daß die gebesserten Kranken möglichst rasch der Familie zur völligen Genesung übergeben werden. Gebesserte Kranke werden den Angehörigen beim Besuch erst stundenweise zum Ausgang mitgegeben; dann werden die Kranken für 1 Tag, weiter für mehrere Tage bis 1 Woche, schließlich auf mehrere Wochen beurlaubt, um endlich auf 3 Monate in Außenfürsorge beurlaubt zu werden. Nach Ablauf von 3 Monaten gelten sie als entlassen, werden aber weiter in der offenen Geisteskrankenfürsorge betreut.

Was die Behandlung der Kranken anbetrifft, so wird versucht, katatone Kranke durch passive Bewegungsübung aus ihrem Stupor herauszubringen, in einigen Fällen anscheinend mit Erfolg, um sie dann baldigst der Arbeitstherapie zuzuführen. Im ürigen scheint die katatone Form der Schizophrenie seltener geworden zu sein als noch vor 10—15 Jahren. Die depressiven Kranken läßt *F.* am 2. Tage des Anstaltsaufenthaltes aufstehen, soweit nicht körperliche Symptome dagegen sprechen, bringt sie in den Garten und läßt sie sich betätigen. *F.* geht dabei von dem Gedanken aus, daß die physiolog.-reaktive Depression durch Bewegung und Beschäftigung am schnellsten überwunden wird und daß zwischen physiologischer und pathologischer Depression — abgesehen von schweren organischen Hirnerkrankungen — kein prinzipieller Unterschied besteht. Abgesehen von wenigen Kranken, denen diese Art der Therapie nicht gut bekam, hatte *F.* in den meisten Fällen überraschend gute Erfolge. —

F. richtet an den Vortragenden die Frage, wie dieser zur Frühentlassung stehe. — *Willige*-Ilten stimmt den Ausführungen des Herrn *Simon* in vollem Umfange bei und teilt die Erfahrungen mit, die in Ilten mit der *Simon*schen Methode gemacht wurden. In Ilten wurde von jeher die Arbeitstherapie besonders gepflegt, in den letzten Jahren ist auch die Familienpflege wieder aufgebaut, aber immerhin waren vor der Anwendung der *Simon*schen Methode von den damals etwa 300 männlichen Kranken der dritten Klasse 70 gänzlich untätig, zum Teil sehr störend, laut und unruhig. Bereits 4 Wochen nach der Einführung der Gütersloher Methoden waren auch diese 70 bis auf 2 —3 ganz stumpfe Kranke dauernd beschäftigt, zum Teil mit recht produktiver Arbeit. An Tabellen wird die prozentuale Beteiligung der Kranken an den verschiedenen Arbeitsgebieten erläutert und besonders auf die verhältnismäßig große Zahl der in Familienpflege befindlichen und der selbständig im Betriebe der Anstalt arbeitenden Kranken hingewiesen (über $^1/_3$ der Gesamtzahl). — *Simon*-Gütersloh (Schlußwort): Die von Herrn *Rehm* gegen die Beschäftigung Melancholischer ausgesprochenen Bedenken bestanden auch bei uns noch lange, und wir haben sie erst zögernd überwunden. Natürlich dürfen wir auch hier, wie überall in der Psychiatrie, nicht alle Fälle nach einem starren Schema behandeln. Oft ist die angeordnete Bettruhe in Wirklichkeit gar keine „Ruhe“, da die innere, aus der krankhaften Angst erwachsende Unruhe den Kranken auch ins Bett hinein verfolgt. Sie äußert sich dort so, daß der Kranke gar nicht ruhig liegen bleibt, dauernd ängstlich umhersieht, in den Bettstücken kramt, sich halb oder ganz aufrichtet, aus dem Bett herausdrängt, sich entblößt. Die Pflege kämpft dagegen an und dieser, oft

lange fortgesetzte Kampf zwischen Pflege und Kranken steigert Unruhe und Angst. Hier haben wir nun oft die Erfahrung gemacht, daß wir mit dem Kranken weiterkommen, wenn wir ihn aus dem Bette herausnehmen und ihm eine — allerdings seiner sehr beschränkten Leistungsfähigkeit vorsichtig angepaßte — Beschäftigung zuweisen. Gerade die Zumutung, ruhig im Bette zu liegen, überspannt manchmal schon die Leistungsfähigkeit des Kranken. Dasselbe gilt für solche Beschäftigungen (Stricken, Charpiezupfen), die ein ruhiges Sitzen verlangen. Dagegen haben wir oft rasche günstige Veränderung durch eine leichte Betätigung gesehen, die dem Kranken eine gewisse körperliche Bewegung freiläßt, wie Staubwischen an Türen, Fenstern, Möbeln des Wachsaals, Ausfegen, Helfen beim Wäschefalten usw. Arbeiten, die erheblichen körperlichen Kraftaufwand erfordern, sind selbstverständlich bei diesen, nach wie vor sehr vorsichtig zu behandelnden Kranken streng verpönt. Wir haben den Eindruck, daß Nahrungsaufnahme und Ernährungszustand sich dabei mit der eintretenden Beruhigung schneller bessern, als wir das bei der strengen Bettbehandlung gewohnt waren. Andere, in das Gebiet der Melancholie fallende Zustände mögen eine andere Behandlung als zweckmäßiger erscheinen lassen. Z. B. sehe ich kein Bedenken dagegen, einen erschöpften Kranken, der die Bettlage als behaglich empfindet, der im Bette wirklich ruht und freier wird und der vor allem die am Tage erzielte Bettruhe nicht durch gesteigerte Unruhe in der Nacht ersetzt, den größeren Teil des Tages im Bette zu lassen.

Holzer-Aplerbeck: Über die Glianarbe im Zwischen- und Nachhirn bei Enzephalitis epidemica (mit Demonstrationen). (Vortrag ist erschienen in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Bd. 104.)

Diskussion. — *F. Stern* betont die prinzipielle Bedeutung des *Holzer*schen Befundes ausgesprochener Narben in der Substantia nigra trotz Fehlens parkinsonitischer Erscheinungen, und weist darauf hin, daß die Beziehungen zwischen Nigraerkrankung und Parkinsonerscheinungen kompliziertere sind, als man bisher angenommen hat (inzwischen hat *Wilckens*-Hamburg einen ähnlichen Fall publiziert — St.). Ref. findet bemerkenswert, daß die Glianarben sich wenigstens teilweise vorzugsweise an Stellen finden, an denen normalerweise bereits eine starke Gliawucherung vorliegt.

Maschmeyer-Göttingen: Beitrag zur Kunst der Schizophrenen (mit Demonstrationen). (Siehe auch Archiv f. Psychiatrie Bd. 78, 4.)

Vortr. berichtet über zwei Kranke, bei denen die Schizophrenie in bemerkenswerter Weise die bildnerische Betätigung beeinflußte.

Der erste Kranke, ein 35 jähriger Anstaltsmaler, erkrankte unter den Augen der Ärzte akut und produzierte in den ersten Tagen der manifest werdenden psychotischen Erscheinungen eine Malerei, in der morphogenetisch das ihn bewegende Weltuntergangserlebnis mit seinen affektiven Spannungen, morphoplastisch die aus diesem Erlebnis und aus bestimmter Lektüre des Kranken geschöpften Inhalte in instruktiver Weise sich darstellen. Gegenüber der früheren, rein handwerkerlichen und kopistischen

malerischen Betätigung bedeutete die in der Psychose entstandene Malerei einen ausgesprochenen Stilwechsel.

Der zweite Kranke, ein akademisch gebildeter Architekt, erfuhr durch die allmählich in Schüben sich entwickelnde Schizophrenie einen Zuwachs an künstlerischer Produktivität im Sinne freier schöpferischer Phantasiebetätigung. An Beispielen wird gezeigt, wie die von *Prinzhorn* herausgehobenen Grundtendenzen des bildnerischen Gestaltungsvorganges in den Arbeiten des Kranken oft wie in Reinkultur aufweisbar sind.

In beiden Fällen handelt es sich um die Mobilisierung einer schon vorher bestehenden Anlage, die im zweiten Fall zu Arbeiten von hohem ästhetischem Reiz führt. — Diskussion: *Loewenthal*-Braunschweig kennt die z. T. künstlerisch hochwertigen Produkte des einen geschilderten Schizophrenen seit langem. Er meint zu der Frage, ob es sich bei den geisteskranken Kunstschöpfern stets um echte geisteskrank gewordene Künstler handle: es steht um unsere künstlerische Begabung ebenso wie um das absolute Tongehör; wir haben es alle, genau wie die Hunde auch; aber das Bewußtsein davon und die Anwendbarkeit ist unentwickelt und unterdrückt. — Beim Geisteskranken fallen die mannigfachen Hemmungen innerer und äußerer Art fort; es kommt zur künstlerischen Betätigung und durch die intensive einseitige Form derselben zu einer starken Ausdrucksfähigkeit.

Kafka-Friedrichsberg: Liquorforschung in Vergangenheit und Zukunft. (Vortrag erscheint in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift.)

Stern-Göttingen: Atypische Formen der dystrophischen Myotonie (mit Krankendemonstrationen).

Vortragender hat in der letzten Zeit eine Reihe von Fällen mit atrophischer Myotonie eingehend beobachtet, kann aber mit Rücksicht auf die ihm zur Verfügung stehende beschränkte Zeit nur einen kleinen Teil seiner Ergebnisse hier mitteilen. Insbesondere werden die nervmuskel-physiologischen Ergebnisse über das myotonische Symptom späteren Mitteilungen vorbehalten.

Nach kurzer Schilderung des Gesamtsyndroms der atrophischen Myotonie wird darauf hingewiesen, daß die *Thomsen*sche angeborene Dysvariante und die erworbene Krankheit: atrophische Myotonie nicht nur nosologisch voneinander zu trennen seien, sondern in dem natürlichen System der Erbkrankheiten überhaupt nicht zueinander gehören. Vielmehr hat die atrophische Myotonie Verwandschaftsbeziehungen zu ganz anderen Krankheitsgruppen.:

1. den Myopathien im engeren Sinne, worauf die *Curschmann*schen Fälle, „atrophischer Myotonie sine myotonia", vielleicht auch die *Kehrer*schen Familienfälle Huber hinweisen, 2. andererseits zu den Strangdegenerationen des Rückenmarks, worauf nicht nur die bereits festgestellten Hinterstrangveränderungen, sondern auch Kombinationskrankheiten mit stärkeren Spinalsymptomen hinweisen, z. B. ein eigener Fall, in dem eine sonst ziemlich typische atrophische Myotonie mit stärkeren *Friedreich*-Veränderungen kombiniert beobachtet wurde.

Die endokrine Genese der atrophischen Myotonie (*Fleischer*, *Naegeli*), wird abgelehnt. Selbstverständlich sind bei einer so tiefgreifenden Konstitutionskrankheit des Organismus auch die hormonalen Funktionen nicht intakt. Hierdurch wird aber nicht das Gesamtsyndrom erklärt. Die häufige Atrophie bzw. Hypoplasie der Keimdrüsen erklärt sicher nicht die Affektion. Vor einer Überbewertung der Keimdrüsenstörung in bezug auf die Gesamterkrankung schützen drei Feststellungen:

1. Die, daß in den Generationen, in denen die ersten Teilsymptome der atrophischen Myotonie sich geltend machen, von Keimdrüsenstörungen noch keine Rede ist.

2. Die sekundären Geschlechtsmerkmale sind auch bei den Fällen mit völliger Ausprägung atrophischer Myotonie voll entwickelt.

3. Es besteht kein Parallelismus zwischen Entwicklung der Keimdrüsenstörung und der übrigen Krankheitsmerkmale bei ausgebildeter Erkrankung. Störungen anderer Hormonapparate sind ganz inkonstant und gewöhnlich wenig ausgesprochen. Auf jeden Fall kann eine Erkrankung endokriner Organe nach Analogie des Basedow oder der multiplen Blutdrüsensklerose oder anderer Drüsenerkrankungen niemals die Elektivität des Gesamtsyndroms erklären, die sich in Dutzenden von Fällen wiederholt. Die elektive Atrophie bestimmter Muskeln würde nur dann endokrin erklärbar sein, wenn die genannten Muskeln artspezifisch besonders leicht dem Zerfall zuneigen, wovon aber nichts bekannt ist; ebensowenig wird man von einer artspezifischen Neigung gerade der Hand- und Zungenmuskeln zu myotonischen Reaktionen sprechen können. Man muß so annehmen, daß die Anlage für die erkrankenden oder nicht zur Entwicklung kommenden Organe selbst schon keimspezifisch abnorm ist.

Kein Zweifel ist, daß die Durchschlagsfähigkeit der krankhaften Merkmale der atrophischen Myotonie in den meisten Fällen rein genotypischer Natur ist. Ein eigener Fall zeigt aber, daß ausnahmsweise auch paratypische Schädigungen ein Leiden in Latenz vielleicht hervorrufen können. Ein bis dahin muskelkräftiger Arbeiter aus einer Familie, in der Katarakt bisher nicht eruierbar war, störungslos Soldat, erkrankt in Gefangenschaft an einer mehrere Monate lang dauernden Erkrankung mit heftigen Schmerzen und Gelenkschwellungen, im unmittelbaren Anschluß daran an myotonischen Erscheinungen und Muskelatrophien; jetzt typischer Katarakt nur an der Spaltlampe, typisch verteilte Atrophien und myotonische Krämpfe, Fehlen sämtlicher Eigenreflexe, Stimmbandparese.

Vortragender weist darauf hin, daß auch bei chronisch progressiver Chorea mit typisch verkuppelter Striatum-Rindendegeneration ähnliche Vorgänge vonstatten gehen können. In einem früher vom Vortragenden mitgeteilten Fall hatte sich im Anschluß an eine infektiöse gelenk-rheumatische Chorea ein chronisch progressiver Krankheitszustand entwickelt, der auch die Psyche genau wie bei echtem Huntington veränderte. Anatomisch zeigten sich Veränderungen, die von denen der a priori rein alterativ chronischen Chorea nicht zu unterscheiden waren. In solchen Fällen wird die Aufklinkung des chronischen Prozesses dadurch verständlicher gemacht, daß das gleiche Terrain, das wahrscheinlich endogen minderwertig war, durch die infektiöse Noxe geschädigt wurde. Im vorliegenden Falle mit

Dystrophia myotonoides bestand dagegen ein anderer das Verständnis erleichternder Faktor: Der Kranke hatte wahrscheinlich von jeher eine Keimdrüsen-Hypoplasie, die ex analogia als Ausdruck derselben pathologischen Genbeschaffenheit zu deuten ist, die auch die Tendenz zur Erkrankung an atrophischer Myotonie in sich birgt. In diesem Falle, in dem spezifische Krankheitsdeterminanten in der Anlage wahrscheinlich sind, hat man so ein Verständnis dafür, daß nach einer schweren Schädigung des Körpers alle Körperorgane und Gewebe sich wieder von den Schädigungen erholen, außer denen, die spezifisch von Anlage aus zur Krankheit determiniert sind. Das Beispiel illustriert übrigens auch die Richtigkeit der *Kehrer*schen Ausführungen, daß es nicht rein endogene oder rein exogene, sondern nur vorwiegend erbliche und vorwiegend nicht erbliche Krankheiten gibt.

Ein schwieriges Problem wird durch eine weitere Familienbeobachtung aufgerollt, nämlich das des Einflusses von Keimvergiftungen auf die Entwicklungen von Erbkrankheiten. In einer Familie, in der bereits Katarakterkrankungen vorgekommen sind (Bruder des Vaters und dessen Sohn) erkrankt der Vater (P.) an Lues. Aus der Ehe entspringt eine lebensunfähige Frühgeburt, dann die Patientin F. 1, dann eine körperlich zarte, aber gesunde Tochter. F. 1 heiratet einen gesunden Mann ohne bemerkenswerte Heredität. Aus der Ehe von F. 1 geht ein gesunder Sohn und die Kranke F. 2 hervor. F. 1 leidet an angeborenen doppelseitigen Augenmuskellähmungen (u. a. Pupillenstörungen) und Debilität; im späteren Alter entstehen atrophisch myotonische Erscheinungen ohne Katarakt, Liquor normal. F. 2 leidet an ausgesprochener Imbezillität und leichten Friedreich-Erscheinungen, wahrscheinlich von jeher. Progressive Verschlechterung des Zustandes vom 11. Lebensjahre an nach belanglosem Unfall, Myotonie der Zunge, des Mundbodens, der Hand und des Gehens. Diffuse Schwächlichkeit der Muskulatur, jedoch nur geringfügige umschriebene Atrophien, fehlende Eigenreflexe der oberen Extremitäten, außerdem aber Friedreich-Fuß, Kyphose, zerebellares Taumeln und Gleichgewichtsstörungen, Lähmung der Unterschenkelmuskulatur mit elektrischer Unerregbarkeit der Mm. peron. longus et brevis. Liquor auch hier negativ, kein Katarakt, keine Störung der Genitalentwicklung. Trotz der Bedenken, die gegen keimschädigende Wirkung der Lues erhoben werden, ist die Möglichkeit der Blastophthorie aus mehreren Gründen zu betonen, z. B. unter Berücksichtigung der kongenitalen Augenmuskellähmungen, die bei kongenitaler Lues häufig sind, ferner der Debilität und Imbezillität der Kranken in einer sonst intellektuell von väterlicher und mütterlicher Seite her hochstehenden Familie u. a. Die Frage, ob es sich hier um eine echte Mutation oder um eine reversible Erscheinung im Sinne einer Dauermodifikation handelt, ist vorläufig nicht mit Sicherheit zu entscheiden; der Fall ist aber, wenn man die luische Schädigung des Keimes nicht für belanglos hält, auch so schon interessant, da ja niemals die Behauptung aufgestellt werden kann, daß durch eine luische Keimschädigung (eine Fruchterkrankung kommt hier nicht in Betracht) allein eine komplexe, umschriebene Krankheit vom Charakter der atrophischen Myotonie hervorgerufen werden kann. Vielmehr kann hier das Moment der luischen Schädigung nur einen Faktor darstellen, der auf

einem vorbereiteten Boden zur Wirksamkeit gelangt. Man wird so den Fall zum Anlaß von Überlegungen über die Erbbedingungen der atrophischen Myotonie nehmen können. Es ist aus verschiedenen Gründen zweifelhaft, ob die atrophische Myotonie einfach dominant oder rezessiv vererbt wird, wenigstens dürfte dies nicht immer zutreffen. Für eine geschlechtsgebundene Vererbung liegt gar kein Anhaltspunkt vor. Gegen die einfach dominante Vererbung (in vielen Familien wenigstens) spricht die Tatsache, daß die einzelnen Syndromstücke unabhängig vererbt werden können, daß der Katarakt z. B. bei den vielen Familienangehörigen stark ist, dann aber bei sehr ausgesprochenen Fällen der gleichen Familie trotz langer Dauer der Krankheit fehlen kann, wie z. B. bei dem weitbekannten und auch vom Vortragenden wiederholt eingehend untersuchten August Nasel, ferner spricht gegen den einfachen Vererbungsmodus die Verkoppelung mit anderen ungewöhnlichen z. B. Spinalsymptomen und die noch nicht genügend gewürdigte Tatsache, daß es mehr rudimentäre Fälle atrophischer Myotonie gibt als man annimmt, und zwar Fälle, die nicht Katarakt, sondern andere rudimentäre Erscheinungen atrophischer Myotonie haben. Vortr. entwickelt die Möglichkeit, daß im Erbgange der atrophischen Myotonie polyhybride Faktoren eine Rolle spielen, daneben aber auch vielleicht die Polymerie, die ja überhaupt im Erbgange menschlicher Krankheiten eine größere Rolle zu spielen scheint (*H. Hoffmann*). Es wird unter Berücksichtigung der oben gekennzeichneten Familien und einiger anderer Familien die Möglichkeit erörtert, daß unter den polymeren krankheitsbedingenden Faktoren spezifische und unspezifische Faktoren wirksam sind, Anlagen, denen eine einfache fördernde Wirkung auf formative und nutritive stoffwechselchemische Tendenzen des Keims zukommt. Von der quantitativen Schädigung solcher unspezifischer Anlagen, die sich vielleicht sogar vertreten können, hängt es ab, ob nach der Kreuzung mit der allelen Chromosomengarnitur ein lebensunfähiges oder lebensfähiges, aber in seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit geschwächtes Individuum hervorkommt. Die unspezifische Anlagenschädigung könnte aber auch genügen, um einen genotypischen, aber bis dahin latenten Anlagefaktor manifest zu machen. Die gehäufte Kindersterblichkeit in Familien atrophischer Myotonie ist vielleicht auch ein Zeichen dafür, daß durch die Kreuzung Minderwertigkeitsanlagen, wie man sie vielleicht grob bezeichnen könnte, eine Rolle spielen.

Das Durchbrechen des Krankheitssyndroms in Familien, in denen bereits mehrere Generationen hindurch Katarakt bestanden hat, durch Inzucht oder aber auch durch Kreuzung mit einer nicht verwandten Familie würde durch das Hinzukommen eines komplementären Minderwertigkeitsfaktors erklärbar sein. Man würde durch eine solche Betrachtungsweise etwas Verständnis für Vorgänge gewinnen, denen in der Erbwissenschaft nur ungern gegenübergetreten wird, nämlich den Vorgängen der progressiven Degeneration und Anteposition, d. h. Vorgängen, die sicher nicht rein auf statistischen Irrtümern beruhen und unzweifelhaft gerade in vielen Familien mit atrophischer Myotonie eine Rolle spielen. Dafür aber, daß dauernd neue Mutationen auftreten, welche zur progressiven Verschlimmerung der Krankheit führen, fehlt jeder Anhalts-

punkt, ebenso auch für die Annahme phänotypischer Modifikationen. Am ehesten ist vielmehr anzunehmen, daß die progressive Degeneration und Anteposition auf einer ungünstigen Mixovariation beruhen, die wohl nur entweder im Sinne einer Homozygotisierung rezessiver Anlagen oder im Sinne einer Komplettierung eines Polyhybridismus verstanden werden kann. Wenn aber diese prog. Degeneration gerade bei der atrophischen Myotonie so häufig beobachtet ist, wird man auch mit dem Gedanken rechnen müssen, daß der eine Faktor, der hinzukommt, etwas Unspezifisches ist, was in der Population häufiger ist als spezifische Defektgene, zumal dann, wenn man Anhaltspunkte dafür hat, daß auch exogene allgemeine Schädigungen, wie Lues, eine ähnliche Wirkung haben können. Vielleicht sind Vorgänge vom Charakter des Polyhybridismus und der Polymerie gerade bei Erbleiden wirksam, in denen nicht die Elektivität der Keimblattwahl gesehen wird, die bei anderen Erbkrankheiten anerkannt wird. Bei der atrophischen Myotonie liegt jedoch eine solche elektive Keimblattwahl nicht vor; wir sehen gleichzeitig ektodermale und mesodermale Veränderungen, sowie Störungen der schon vor den Keimblättern angelegten Keimbahn selbst, ohne daß wir diese nebeneinander bestehenden Symptome von einem Faktor abhängig machen können. Endlich müssen polyhybride und polymere Bedingungen auch Berücksichtigung finden in der Erklärung der von *Kehrer* in Innsbruck begrifflich umgrenzten Eigentümlichkeiten, von denen u. a. die verschiedenen Modifikationen von Krankheitsprozessen innerhalb bestimmter Funktionsverbände und die prog. Alternanz der Erscheinungen genannt wird. Die häufige, wenn auch nicht obligate Verknüpfung vieler Einzelsymptome, denen z. T. wenigstens verschiedene Gene entsprechen dürfen, wird mit Wahrscheinlichkeit auf eine tatsächliche Genverkoppelung zurückgeführt.

Delbrück-Göttingen: Über die körperliche Konstitution bei der genuinen Epilepsie.

Es wurden nach *Kretschmer*schem Verfahren 75 Fälle genuiner Epilepsie körperbaulich untersucht, 60 Männer und 15 Frauen, im Alter zwischen 18 und 50 Jahren. Davon waren unter den Männern 17 = 28,34% Leptosome, 24 = 40% Athleten, 5 = 8,33% Leptosom-Athleten, 4 = 6,65% Pykniker, 10 = 16,66% Dysplastiker. Es wird das starke Überwiegen des athletischen Habitus hervorgehoben und ausgeführt, daß unter den Athleten besonders die pastöse Form vorherrscht, daß sich auch unter den Leptosom-Athleten viele athletoide und dysplastische Einschläge zeigten. Auffallend war fast bei allen Untersuchten der derbknochige Gesichtsschädel, die derbe, dicke Haut mit häufig unreinem Teint. Es wird die Ansicht geäußert, daß die körperlichen Beziehungen der Epilepsie nicht denen der Schizophrenie entsprechen, sondern daß besondere Beziehungen zum athletisch-dyplastischen Habitus bestehen. „Alles in allem kann man sagen: der Epileptiker ist derb, grob und massig gebaut. Alles Feine, Zarte und Weiche ist seinem Körperbau fremd und er unterscheidet sich von der weichen, runden Form des pyknischen Habitus ebenso stark wie von der aristokratisch feinen, eckigen Gestalt so vieler Schizophrener.“

Auf Grund dieser Beziehungen wird die Frage erörtert, ob nicht ähn-

liche Verhältnisse bis in die Normalpsychologie hinein verfolgt werden können, und es wird darauf hingewiesen, daß bisher eine einheitliche Charakterologie der Epilepsie noch nicht versucht worden ist. Entsprechend den schizoiden und zykloiden Charakteren wird versucht einen epileptoiden aufzustellen, dessen psych-ästhetische Proportion entsprechend dem „gereizt und stumpf“ des Schizoiden als „gebunden und getrieben“ aufgestellt wird. „Der Epileptiker ist mit seiner ganzen Persönlichkeit gleichsam in der Hand einer Gewalt, die außerhalb seiner selbst zu stehen scheint, die ihn leicht verträumt erscheinen läßt, auch außerhalb seiner Dämmerzustände, und die dann plötzlich eine Explosion herbeiführt, die alles Maß überschreitet, die ihn zu Spiel, Trunk und anderen Leidenschaften treibt, die einerseits seinen Gesichtskreis beschränkt, so daß das ganze Interesse um die eigene Person kreist, und die dann doch plötzlich den Blick erhellt, so daß er im tiefsten Glücksgefühl Gott und den Himmel erschaut.“ Es wird darauf hingewiesen, daß bei der Beschreibung des epileptischen Charakters bisher zu sehr auf die eine Seite des Epileptoiden, auf die Reizbarkeit, Zornmütigkeit usw., geachtet ist, während gerade eine gewisse Gebundenheit meist das Vorherrschende ist, aus der heraus erst die plötzlichen Entladungen sich entwickeln, zu denen der Epileptiker gleichsam gegen seinen Willen geführt wird. Es wird auch auf die manchmal besonders tiefe Religiosität des Epileptikers hingewiesen, die aus dem starken Abhängigkeitsgefühl von den außerhalb der Persönlichkeit stehenden Mächten entspringt und sich von der Opportunitätsreligion des Zyklothymen genau so unterscheidet wie von den romantischen Träumereien und der kalten Verstandesreligion der Schizoiden.

Diskussion: — *Loewenthal*-Braunschweig schuldigt für eine große Zahl der „genuinen“ Epilepsien das Geburtstrauma und seine Folgen für das Gehirn an. Dementsprechend müßte in diesen Fällen die „Konstitution“ mit ihren äußeren Merkmalen erst nach der Geburt allmählich entstanden sein. Das ist natürlich denkbar, wenn man die Wachstumsbeeinflussung durch das Gehirn und seine Drüsen heranzieht.

Rehm-Bremen-Ellen: Soziale Psychiatrie. (Vortrag ist außerdem erschienen in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie Bd. 104.)

Vortr. weist darauf hin, daß Hellpach schon vor Jahren die Forderung aufgestellt habe, der Physiologie die Soziologie als Wissenschaft gegenüberzustellen und die biologische Linie einer Krankheit mit der soziologischen zu vergleichen. Grotjahn hat in seiner „sozialen Pathologie“ ganz besonders auf die soziale Wichtigkeit der Geistes- und Nervenkrankheiten hingewiesen, dieselben allerdings fast nur statistisch verarbeitet. — Das Arbeitsprogramm einer sozialen Psychiatrie müsse ausführlicher gestaltet werden. Es sei notwendig, die Umweltseinflüsse als Ursachen und färbend (pathogenetisch bzw. pathoplastisch) in bezug auf die einzelne Krankheit zu betrachten, ferner sollen die sozialen Auswirkungen der Krankheit auf den Einzelnen und auf die Gesamtheit untersucht werden. Die Erbbiologie hat sich des sozialen Faktors schon in weitem Maße bemächtigt; die Klinik vernachlässigt bisher das Soziale fast völlig. Nur in der Psychopathologie der Kinder und Jugendlichen würden die Um-

weltseinflüsse umfangreich berücksichtigt. Die Fragen der Kastration bzw. Sterilisation und der Euthanasie wurden gestreift. Der Vortragende stellt sich auf den Standpunkt der Notwendigkeit scharfer Auslese und rücksichtsloser Bekämpfung des sozial Schädlichen zum Schutze der guten Bestandteile des Volkes und deren Veredelung.

Korbsch-Münster: Zur Lokalisation des *Hertwig-Magendie*schen Phänomens.

Besprechung der einschlägigen experimentellen Ergebnisse und der Fälle von *Leyser*, *Pötzl* und *Sittig*. Bericht über den bereits von *Oloff*, Kiel auf dem nordwestdeutschen Ophthalmologentag in Hamburg am 24 September 1924 referierten Fall von *Hertwig-Magendie*scher Augeneinstellung bei einem Tumor der rechten Kleinhirnhemisphäre mit Demonstration des anatomischen Befundes.

(Ausführliche Veröffentlichung zusammen mit Herrn Professor *Oloff* demnächst.)

Frensdorf-Hildesheim: Über Luminal-Natrium-Injektionen bei erregten Geisteskranken, zugleich ein Beitrag zur Luminal-Intoxikation. (Vortrag erscheint in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.)

Es wurden bisher 265 Einspritzungen z. T. intramuskulär, z. T. subkutan mit meist je 0,4 Luminal-Na. gegeben, in einzelnen Fällen wurde gelegentlich 0,4 Lum.-Na. mit $^1/_4$ oder $^1/_2$ oder 1 mg Scopolamin kombiniert. 32 Kranke wurden Injektionskuren unterzogen, wobei in Zeiträumen von 1 bis 21 Tagen Gesamtdosen von 0,4 bis 10,4 Lum.-Na. erreicht wurden. Die Wirkung des Lum.-Na. ist bei verschiedenen Kranken äußerst verschieden, ja es sind sogar die Wirkungen bei demselben Kranken zu verschiedenen Zeiten verschieden gute. Besonders machte sich different die kumulative Wirkung und die toxische Wirkung geltend. Während in manchen Fällen bei recht hohen Gaben und langdauernder Injektionskur keinerlei toxische Symptome auftraten, trat in anderen Fällen schon bei 0,4 Lum.-Na. Taumeln auf, das sich bei Fortsetzung der Kur so verstärken konnte, daß die Kranken den Eindruck von Betrunkenen machten. Gelegentlich wurde Erbrechen beobachtet. In 3 Fällen traten Klagen über Sehstörungen auf, in 1 Fall Doppelsehen, Ptosis und Gesichtsschwellung, in 1 Fall Doppelsehen und Nystagmus. In 3 Fällen wurde ein Exanthem beobachtet.

Die Wirkung auf den Krankheitsverlauf war in 3 Fällen eklatant kupierend, in 4—5 Fällen günstig, in den meisten Fällen war die Wirkung rein symptomatisch und überstieg meist nur wenig die Wirkung der üblichen bei Erregungszuständen gegebenen Narkotika. —

F. faßt seine Ansicht dahin zusammen: Die Lum.-Na.-Injektionstherapie bei erregten Geisteskranken ist von wesentlicher Bedeutung; sie ist aber nicht ungefährlich und muß vorsichtig gehandhabt werden. Die Ansicht *Schneiders* (M. M. W. 1924 Nr. 50), daß diese Therapie harmlos ist, kann *F.* nicht teilen.

(Alle Referate nach Eigenberichten.) *Grimme.*



20. Jahresversammlung des Vereins Bayerischer Psychiater in der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg am 12. und 13. Juni 1926.

Vorsitz: *Vocke*-Eglfing, *Bumke*-München; Schriftführer: *Weber*-Haar.

Anwesend: *Ast*-Werneck, *Blachian*-Haar, *Bostroem*-München, *Bott*-Bamberg, *Braun*-München, *Bumke*-München, *Edenhofer*-Günzburg, *Eisen*-Regensburg, *Fuchs*-Kaufbeuren, *Gross*-Schussenried, *Guttmann*-München, *Harlander*-Günzburg, *Heene*-Frankenthal, *Hofmann*-Werneck, *v. Hösslin*-Ansbach, *Jahnel*-München, *Jahrreis*-München, *Imhof*-Lohr, *Kahn*-München, *Kroiss*-Würzburg, *Küffner*-Bayreuth, *Küffner*-Regensburg, *Lackerbauer*-Mainkofen, *Ludwig*-München, *Luxemburger*-Basel, *Mayr*-Eglfing, *Müller*-Klingenmünster, *Neubürger*-Haar, Frau Dr. *Neubürger*-Haar, *Plaut*-München, *Priehsmann*-Erlangen, *Prinzing*-Kaufbeuren, *Reichardt*-Würzburg, *Reinhart*-Klingenmünster, *Sendtner*-Eglfing, *Sighart*-Günzburg, *Specht*-Erlangen, *Spielmeyer*-München, *Schlaegel*-Günzburg, *v. Schleiß*-Eglfing, *Schmid, J.*, Stadtpfarrer-Memmingen, *Schmidt*-Klingenmünster, *Schmidtmann*-Haar, *Schulz*-München, *Schwarz*-Kutzenberg, *Steger*-München, *Theobald*-Eglfing, *Trunk*-Bayreuth, *Utz*-Gabersee, *Viernstein*-Straubing, *Vierzigmann*-Regensburg, *Vocke*-Eglfing, *Wacker*-München, *Weber*-Haar, *Weinberger*-Gabersee. 54 Teilnehmer.

1. Sitzung.

Vorsitzender *Vocke* eröffnet die Tagung und begrüßt die Erschienenen, insbesondere den Vertreter des Staatsministeriums d. I., Herrn Oberregierungsrat *Schwindt* und die Vertreter des schwäbischen Kreistages und der schwäbischen Kreisregierung. Er teilt die Grüße des Herrn Geheimrats Prof. Dr. *Dieudonné* der Versammlung mit, der leider durch den bayerischen Ärztetag am Erscheinen verhindert ist; er gibt ferner bekannt, daß die Herren Kollegen *Kolb*, *von Rad*, *Scheiber* und *Seif* nicht zugegen sein können und der Versammlung ihre Grüße senden.

Herr Oberregierungsrat *Schwindt* begrüßt die Versammlung als Vertreter des Staatsministeriums d. I., Herr Oberregierungsrat Dr. *Uebl* namens der schwäbischen Kreisregierung. Herr Stadtpfarrer *Schmid*-Memmingen spricht für den Kreisausschuß und bemerkt, daß der Kreis alles aufgewendet habe zur Förderung der Anstalten; sie seien die Hapttätigkeit des Kreises genannt worden, der gerne die Mittel gebe, um den Ärzten ihre schwere Tätigkeit zu erleichtern. Nach Dankesworten des Vorsitzenden an Herrn Oberbürgermeister *Merkt* und die Kreisvertretung Schwaben heißt Herr Obermedizinalrat *Harlander* die Erschienenen herzlich willkommen. Der Vorsitzende dankt im Namen der Versammlung.

Dem Verein sind seit der letzten Versammlung durch den Tod entrissen worden die Herren Obermedizinalrat Dr. *Kundt* und Dr. *Feldkirchner*. Der Vorsitzende betont in seinem Nachruf für ersteren, daß er als eines der eifrigsten Mitglieder des Vereins aufrechte Haltung mit verbindlichem Wesen verband und immer bereit war, seine Kräfte in jeder Hinsicht in kollegialer Weise zur Verfügung zu stellen. Auch Herr Obermedizinalrat Dr. *Feldkirchner* werde durch sein liebenswürdiges, herzliches Wesen un-

vergeßlich bleiben. Die Versammlung erhebt sich zu Ehren der Verstorbenen.

Zum Referat erhält darauf das Wort: *Ast*-Werneck: „Die Behandlung der schwer erregten Kranken". Korreferent: *Hofmann*-Werneck: „Die medikamentöse Behandlung der schwer erregten Kranken".

Ast-Werneck: Die Wahl des Themas durch den Verein bayerischer Psychiater bezeichnet die Tatsache vorweg, daß noch kein Anlaß besteht, mit den Erfolgen der Behandlung der schwererregten Kranken zufrieden zu sein. Mit der Wiederfüllung der Anstalten, die zum Teil schon zur Überfüllung geführt hat, haben sich fast überall die Schwierigkeiten gerade auf diesem Gebiet wieder verschärft. An der Hand von Tabellen, die eine Übersicht über Bevölkerungszunahme, Zunahme der Anstaltskranken nach Kreisen und einzelnen Anstalten in Bayern, Füllung der Normalbelegeräume im ganzen, Wachstationen für Unruhige und Halbunruhige geben, wird nachgewiesen, daß die Prozentzahl der erregten Kranken gegenüber der Vorkriegszeit wesentlich zugenommen hat. Die unruhigen Stationen, namentlich die kleineren der neueren Anstalten, weisen stellenweise eine Überbelegung bis zu 70—80% auf; die Frauenseite ist dabei fast durchweg stärker beteiligt. Die Gründe hierfür dürften außerhalb und innerhalb der Anstalten zu suchen sein. Man hat den Eindruck, daß die Kranken schon erregter in die Anstalten kommen, wohl weniger infolge einer allgemein erhöhten Aktivität des Volkes, als weil die Kranken infolge der Wirtschafts- und Wohnungsnot bis zur Aufnahme mehr verwahrlosen. Jeder erregte Zugang wird aber seinerseits wieder zum Mittelpunkt einer Erregungswelle, wobei es leicht zu dem vielfach beobachteten lawinenhaften Anschwellen der Erregungszustände kommt.

Die heute üblichen Behandlungsmethoden sind die Frucht langer Kämpfe um den sogenannten No-restraint. Es ist unmöglich, hierauf auch nur andeutungsweise einzugehen. Zweckdienlicher scheint es, einen scharf dezidierten persönlichen Standpunkt zur Diskussion zu stellen. Was die heute üblichen Behandlungsmethoden anlangt, so scheinen dem Referenten die Meinungen hierüber noch allzu sehr beherrscht von dem Schlagwort des No-restraint. Alles, was nach No-restraint und freier Behandlung aussieht, ist eo ipso gut, alles an Zwang Erinnernde minderwertig. Man ist dadurch vielfach dazu gekommen, dem Schein von Freiheit tatsächliche Bewegungsfreiheit zu opfern und Bett-, Dauerbadbehandlung usw. schablonenhaft anzuwenden. Zwang wie Nichtzwang sind aber Begriffe sehr relativer Natur. In jedem, auch dem scheinbar zwanglosesten Mittel steckt Zwang. Welche Wirkungen im einzelnen Falle im Kranken durch unsere Mittel hervorgerufen werden, darüber sind wir angesichts der undurchsichtigen pathoplastischen Struktur der Erregungszustände noch im unklaren. Eine feinere Indikationsstellung ist unmöglich. Was Wohltat scheint, braucht für den Kranken noch keine zu sein, und auch vom Zwang können beruhigende Wirkungen ausgehen. Offener Zwang mag manchmal besser wirken als die Lüge einer therapeutischen Maßnahme. Jedes unserer Mittel kann ungewollte Nebenwirkungen haben und bedarf, wie jedes andere stark wirkende Arzneimittel, vorsichtigster Dosierung. Wenn wir den Wert unserer Methoden prüfen wollen, dürfen wir nicht von einem

Dogma, und habe es sich noch so vorteilhaft erwiesen, ausgehen, sondern wir haben dieselbe Fragestellung anzuwenden wie bei jedem Mittel der Medizin überhaupt, inwieweit wirken sie kausal, inwieweit feiner oder gröber symptomatisch, inwieweit wirken sie auf die Erregung selbst oder nur mehr äußerlich, indem sie nur üble Effekte der Erregungen beseitigen oder mildern. Dazu kommt noch ein Drittes, inwiefern sind sie gar nicht auf den Kranken selbst, sondern auf den Schutz der anderen berechnet, also polizeilicher Natur. Entsprechend dieser Fragestellung prüft der Referent der Reihe nach Bettbehandlung, Dauerbad, Isolierungen, feuchte Wicklungen, mechanische Zwangsmittel unter Berücksichtigung aller neueren Vorschläge. Die Einzelheiten müssen im ausführlichen Referat nachgelesen werden. Zum Schlusse wird die aktive Beschäftigungstherapie *Simons* eingehend gewürdigt und als prinzipieller Fortschritt begrüßt, vorausgesetzt, daß die Methode einer weiteren Nachprüfung auch unter anderen Umständen, als sie in Gütersloh zu bestehen scheinen, standhält. — Bei aller Anerkennung der körperlich und psychisch beruhigenden Wirkung unserer Mittel im Einzelfall kommt Ref. zum Resultat, daß sie im ganzen doch nicht viel mehr sind als ein mild und individuell zu handhabendes Verteilungs- und Separierungssystem, das ruhige Abteilungen nur schafft, weil die Unruhigsten und Halbunruhigen für sich gehalten werden. Weil nur selten die Erregungszustände selbst beseitigt werden, bringt jede stärkere Füllung der Anstalten es mit sich, daß binnen kurzem alle Wachbetten, Dauerbäder usw. besetzt sind und die übrigen Erregten nicht mehr entsprechend behandelt werden können. Vorläufig bleibt kein anderer Weg zur Abhilfe als die Schaffung von genügendem Platz und genügendem Personal. Wenn bei der finanziellen Notlage der Kreise zunächst von Neubauten keine Rede sein kann, so ist wenigstens darauf zu drängen, daß der in manchen Anstalten durch Einbauten von Notwohnungen bis zu 20 % verminderte Normalbelegraum wieder freigegeben wird. Schlimmer als die Umwälzung im Jahre 1919/20 hat der Personalabbau auf die Versorgung mit Ärzten und besonders mit Pflegepersonal gewirkt. Die Kreise verminderten wohl das Personal, scheuten aber das Odium einer Wiederverlängerung der Arbeitszeit. Während in der Vorkriegszeit bei der Annahme einer 90 stündigen Arbeitswoche und einer Pflegerquote von 1 : 5 pro Woche und Kranken von 1 Pfleger 20—25 Arbeitsstunden geleistet wurden und es im Jahr 1920 noch etwa 18 waren, sind es seit dem Abbau nur noch 12—13 Stunden. Ein bestimmtes Verhältnis zwischen Pflegerquote und Arbeitszeit muß aber eingehalten werden, wenn nicht eine Verschlechterung der Irrenpflege namentlich bei den Erregten Platz greifen soll. Gegenüber dem Einwand, daß unter allen Umständen gespart werden müsse, sind die Behörden angesichts der gerade in der letzten Zeit sich geltend machenden Zentralisierungs- und Bureaukratisierungstendenzen in der äußeren Verwaltung der Irrenanstalten darauf hinzuweisen, daß hier viel mehr und leichter gespart werden könnte als im Betriebe selbst. Man brauchte nur eine Reihe von überflüssigen Zwischenstellen und Kontrollinstanzen beseitigen und den Anstaltsbetrieben und -Leitungen wieder die Selbständigkeit geben, die sie zum Teil früher hatten. Ref. schließt mit den Worten, daß besser als therapeutische Illusionen die nüchterne Betrachtung der Dinge, wie sie sind, zur ständigen Verbesserung der Be-

handlungsmethoden antreibe und allein dazu imstande sei, die maßgebenden Stellen von der Notwendigkeit der Aufwendungen für Platz und Personal zu überzeugen.

Korreferent *Hofmann*-Werneck: Trotzdem *Näcke* die möglichst narkotikafreie Behandlung neben der zellenlosen als Vermächtnis des 19. Jahrhunderts an das 20. Jahrhundert bezeichnet hat, werden immer noch Narkotika in nicht geringem Maße verwendet.

Unter den Mitteln vor 1900, den alten Mitteln, dienen unserem Zwecke das wegen seiner Chlorkomponente mit gewisser Vorsicht zu gebrauchende Chloralhydrat, der harmlose Paraldehyd, das mit Unrecht gefürchtete Trional und Skopolamin, das sich in seiner Wirkung am sichersten und schnellsten erweist. Mit ihnen haben wir nur ein einziges injizierbares Mittel in der Hand und nur geringe Abwechslungsmöglichkeit.

Diese und weitere Mängel, die ihnen anhaften, veranlaßten die Forscher, nach anderen Narkotika zu suchen. Mit 1903 kommt das Zeitalter der Barbitursäurederivate. An neuen Mitteln werden nur erprobtere aufgezählt, wie das beliebte Veronal, Paranoval, das wirkungsstarke Luminal und dessen Natriumsalz, ferner das Somnifen und Phanodorm.

Um einer Erregung Herr zu werden, hat man außer Steigerung der Einzeldosis bis zu einem gewissen Grade noch die Kombinationsmöglichkeit der Narkotika zur Verfügung. Sie leistet in ihrer Wirkungsweise nicht nur eine Addierung, sondern sogar eine Potenzierung. Als Kombinationsgrundlage ist der Paraldehyd anzusehen. Außerdem hat die Kombination Skopolamin-Morphin eine große Bedeutung erlangt.

Die Kombinationsmethode drückt das Suchen aus, aus den Mitteln herauszuholen, was nur möglich ist. Die Dauernarkose, die durch *Kläsis* Somnifenkur in den Mittelpunkt des Interesses gerückt und zu einem Behandlungsprinzip geworden ist, stellt eine weitere Methode dar. Als erste Veröffentlichung einer Dauernarkose ist mir die von *Wolff* unter die Hände gekommen; er berichtet bereits im Jahre 1901 von seinen Ergebnissen mit einer Trionalkur. Wegen der großen Gefährlichkeit der Somnifenkur geht das Streben dahin, eine Dauernarkose mit harmloseren Schlafmitteln zu erzielen. *Wiethold* führt sie erfolgreich mit Skopolamin-Paraldehyd-Klysmen durch, denen er neuerdings Barbitursäurederivate zugibt.

Eine abgeschwächte Form einer Dauernarkose wird durch gewisse Antipyretika erreicht, indem diese Stoffe keinen Schlaf bewirken, sondern den Kranken wach lassen. Ihre sedative und leicht narkotische Wirkung hat ihnen die Bezeichnung „Fiebernarkotika" eingetragen. Die Behandlungsart mit Salizyl- und Chinolinpräparaten ist an die Namen *Weichbrodt* und *Lautenschläger* geknüpft. Welche günstigen Resultate man hiermit erzielen kann, zeigen Mitteilungen von *Weeber* und *Klein*.

Die neuen Mittel schenken uns u. a. im Paranoval ein ganz geschmackloses Pulver, im Luminal ein die Wirkung des Skopolamins erreichendes Narkotikum. Leider läßt auch das Luminalnatrium den schnellen Wirkungseintritt des Skopolamins vermissen. Während man früher die Erregung nur für einige Stunden hat beseitigen können, ist man nun durch die Dauernarkose meistens in der Lage, eine dauernde Beruhigung herzustellen. Beim Überschauen der neuen Mittel finden wir, daß wir auch unter ihnen ein ideales Narkotikum nicht haben.

Aussprache zum Referat: *Vocke*-Eglfing berichtet von den unzweifelhaften, großen Erfolgen der aktiveren Beschäftigungstherapie *Simons* auch bei frischen Krankheitsfällen und bei solchen mit lebhaften Erregungszuständen. Er hat vor kurzem Gelegenheit gehabt, die Anstalten Gütersloh und Münster in Westfalen zu besichtigen, gibt eine Schilderung von den Eindrücken, die er dort empfangen hat, weist auf die ähnlichen Erfolge *Thumms* in Konstanz hin und hält es für dringend geboten, daß die aktivere Behandlungsmethode von Kollegen an Ort und Stelle studiert und auch in den bayerischen Anstalten eingeführt wird. Auf Bett- und Dauerbadbehandlung möchte er allerdings trotzdem nicht ganz verzichten.

Luxemburger-Basel: Das *Wolff*sche Schutzbett bzw. Schutzbad ist an seiner Geburtsstätte Basel jetzt abgeschafft; nur in einem Falle wird es bis zur Fertigstellung der neuen Badeeinrichtung ab und zu verwendet. Dagegen hat man außerhalb Basels immer noch Interesse für diese Einrichtung, wie die kürzlich erfolgte Anfrage von seiten einer deutschen Anstalt lehrt. Die Abschaffung in Basel erfolgte ohne Schwierigkeiten und nachteilige Folgen, woraus man entnehmen kann, daß es ein völlig überflüssiges Beschränkungsmittel darstellt. Voraussetzung ist natürlich eine entsprechende, moderne Badegelegenheit mit Separatbad für unverträgliche und gewalttätige Kranke. Schutzbett und Schutzbad fördern letzten Endes nur die Bequemlichkeit des Personals und stumpfen seine Aufmerksamkeit ab. Daß Bäder und Medikamente gespart werden, ist richtig; die Nachteile überkompensieren jedoch diese Vorteile weitaus. Es muß vor der Anschaffung dieser Schutzvorrichtung gewarnt werden.

v. Hösslin-Ansbach: Ich halte eine eingehende Aussprache über das Referat für äußerst wichtig und möchte daher bitten, daß sich alle Anstalten zu den Ausführungen des Referenten äußern. Die Anschauungen über Zwang und Nichtzwang sind äußerst verschieden, das beweist u. a. z. B. recht deutlich die Erfahrung, die ich in Paris machen konnte, wo es nicht als Zwang aufgefaßt wurde, daß man erregte Kranke von mehreren handfesten Pflegern festhalten ließ, bis sie sich wieder beruhigten, oder wo man Kranke in Gitterbettstellen so einzwängte, daß sie sich nicht mehr rühren konnten, wobei ihnen gleichzeitig mehrere 100 ccm einer Morphium-Skopolamin-Chlorallösung langsam infundiert wurde. Meiner Überzeugung nach haben wir die Pflicht, auch die Umgebung schwererregter Kranker vor diesen zu schützen, und ich halte es für falsch, hier nur des Prinzipes wegen und nur deswegen, um ja nicht rückständig zu erscheinen, von einer unumgänglich notwendigen mechanischen Beschränkung der Kranken abzusehen. Dies gilt auch für Fälle, in denen sich schwererregte Kranke dauernd selbst zu beschädigen versuchen. Die Isolierung halte ich im Gegensatz zur Anschauung des Referenten für eine dem Kranken subjektiv weniger unangenehme Maßnahme als den feuchtwarmen Wickel. Das Hyoszin, unser souveränstes Narkotikum, hat den großen Nachteil, daß es meistens nach einiger Zeit unwirksam wird, wenn man nicht zu immer größeren Dosen greift, die schließlich lebensgefährlich werden. Mit dem Luminalnatrium in subkutaner Darreichung haben wir schlechte Erfahrungen gemacht. Nach Darreichung einer größeren Dosis Veronal (4,5 g in 6 Tagen) haben wir kürzlich eine Kranke unter den klinischen Erscheinungen einer schweren Urämie zugrunde gehen sehen; die ana-

tomisch-histologische Untersuchung der Nieren im pathologischen Institut in Erlangen ergab dabei einen negativen Befund.

Den meisten Erfolg zeitigt bei der Anhäufung vieler erregter Kranker die Verdünnung. Es ist überraschend, wie ein bis dahin sehr erregter Kranker kurze Zeit, nachdem er in eine ruhige Umgebung versetzt wurde, selbst ruhig wird. Um solche Verdünnungen ermöglichen zu können, bedarf es aber der nötigen Räume und einer größeren Zahl von Pflegepersonen. Die Beschäftigung der Kranken, namentlich mit Arbeiten im Freien, stellt zweifellos einen der wichtigsten Faktoren bei der erfolgreichen Behandlung erregter Kranker dar; allein hier sind den Anstaltsleitern gewisse Fesseln auferlegt worden durch eine Verfügung des Ministeriums, welche besagt, daß gemeingefährliche Kranke unter allen Umständen sicher verwahrt werden müssen.

Utz-Gabersee hält die Anwendung von Zwangsjacken, Gurten und ähnlichen Beschränkungsmitteln in der Anstalt für unnötig und möchte sie prinzipiell aus der Anstaltsbehandlung ausgeschaltet wissen. Auch die Isolierung, soweit sie sich nicht lediglich auf Stunden beschränkt, hält er für bedenklich, selbst wenn die Kranken selbst sie wünschen. Sie unterstützt den krankhaften Autismus der Schizophrenen und führt in vielen Fällen zum raschen Verlust aller Haltung (Onanie, Schmieren, Zerreißen).

Specht-Erlangen nimmt in längeren Ausführungen, gestützt auf seine 40jährige Erfahrung, kritisch Stellung zu der vorliegenden Frage und billigt durchaus den Standpunkt des Ref. und des Diskussionsredners *v. Hösslin*. Er warnt vor den Übertreibungen, die im Lauf der Jahrzehnte bei der Empfehlung oder Verwerfung der zur Beruhigung aufgeregter Kranker angewandten Maßnahmen üblich waren und immer noch zu hören sind, wobei jeweils mit mehr Temperament als sachlicher Nüchternheit, mehr mit Schlagworten als mit Erfahrungsgründen gearbeitet wird.

2. Sitzung.

Fortsetzung der Aussprache zum Referat: *Müller*-Klingenmünster berichtet kurz über die Einführung der *Simon*schen aktiven Therapie in Klingenmünster, wobei beachtenswert war die große Überfüllung der Anstalt (865 Kranke, Mitbewohnung der Gänge) und die lebhafte Art der Pfälzer.

Wir haben besonders auf den unruhigen Abteilungen begonnen, mit dem Erfolg, daß dort bei den Männern zurzeit nach wenigen Wochen schon alle mit Ausnahme einiger erregter Epileptiker arbeiten und bei den Frauen zwei Drittel.

Wir haben bei den unruhigen Frauen damit begonnen, auf der unruhigen Wache einen Nähsaal einzurichten und dort zu den weniger Erregten nach und nach auch die lebhafteren Kranken zu setzen, und waren überrascht, wie schön sich selbst solche Kranke, die regelmäßig im Dauerbad gejohlt und herumgepanscht haben, zur Arbeit anleiten ließen. Nach kurzer Zeit war der Arbeitssaal so überfüllt, daß ein neuer eröffnet werden mußte. Das nötige Personal wurde durch Entlastung der Dauerbäder frei. Mit der größeren Zahl der Kranken in den Arbeitsräumen ist nun allerdings die im Anfang darin herrschende musterhafte Ruhe schon manchmal etwas bedenklich geschwunden, so daß wir Sorge haben, ob es uns gelingen

wird, alle Kranken zur Beschäftigung zu bringen, da bei dem außerordentlichen Raummangel, der Fülle der Kranken auf den Abteilungen und im verhältnismäßig kleinen Anstaltsbereich zu viel Reibungspunkte gegeben sind.

Schlußwort zum Referat: *Ast*-Werneck: *A.* will sich bei der vorgerückten Zeit so kurz wie möglich fassen. *Vocke*s Angabe, daß das *Simon* zur Verfügung stehende Krankenmaterial vorwiegend aus asozialen und erregten Schizophrenen bestehe, ist sehr beachtlich. Der exogene Anteil der schizophrenen Erregungszustände scheint wesentlich größer wie der der manisch-depressiven. Erstere sind in höherem Maße von allerlei kontrollierbaren und unkontrollierbaren Außenreizen abhängig und bieten infolgedessen unserer Einwirkung viel mehr Handhaben. Hierauf dürfte wohl ein großer Teil der *Simon*schen Erfolge beruhen, während man sich schwer vorstellen kann, wie sich die mit elementarer Gewalt von innen heraus drängende manische Erregung in eine geregelte Beschäftigung einfangen lassen soll. Ein endgültiges Urteil über die *Simon*sche Methode ist heute wohl noch nicht möglich. Im übrigen konstatiert *A.*, daß von der Mehrzahl der Diskussionsredner seinen Auffassungen über den Wert unserer derzeitigen Behandlungsmethoden beigestimmt wurde. Was im einzelnen gewählt und vorgezogen wird, hängt weitgehend von den örtlich gegebenen Bedingungen ab. Die Erwiderung *Specht*s auf *Utz* hat den Kernpunkt des Problems sehr gut beleuchtet. Herr *U.* irrt sich, wenn er glaubt, daß er ohne Zwang behandelt, wenn er ohne Zwangsjacke und Zellen auskomme. Der da vermiedene Zwang kommt dort in verhüllterer, aber deswegen für den Kranken oft nicht weniger empfindlicher Form zum Vorschein. Es kommt nicht so sehr darauf an, was angewandt wird, als auf das Wie. Wesentlich ist, daß der Kranke bei jeder Maßnahme das Gefühl hat, daß man es gut mit ihm meint, und daß die Humanität, die Grundlage unseres ganzen Handelns — wir sollten nicht glauben, daß die Humanität der alten Irrenärzte eine geringere gewesen sei wie die unsrige —, bis in die letzte Fingerspitze hinein, die den Kranken berührt, stets wirksam sei.

Schlußwort des Korreferenten *Hofmann*-Werneck: Zu dem unerklärlichen Todesfall nach verhältnismäßig geringen Gaben von Veronal möchte ich bemerken, daß es fast bei allen Schlafmitteln unerklärliche Todesfälle gibt. Ref. glaubt, daß es sich dabei um Idiosynkrasie gegen das betreffende Narkotikum handelt.

Bostroem-München: „Merzbacher-Pelizäussche Krankheit".

Demonstration zweier Brüder mit einem familiären Leiden, das außerdem noch fünf andere Brüder und ein Vetter (Sohn der Mutterschwester) aufweisen. Symptomatologisch ist diese Erkrankung charakterisiert durch spastisch-paretische Erscheinungen der unteren Extremitäten, athetotische Bewegungen an den Händen, dabei ausgesprochene Ataxie der im allgemeinen hypotonischen oberen Extremitäten, Auftreten zuckender, unwillkürlicher Spontanbewegungen an Brust-, Oberarm- und Halsmuskeln, unter denen ticartige Zuckungen im Gebiet des Sterno-cleido-mastoideus besonders charakteristisch sind. Bradylalische, eintönige, enorm skandierende Sprache, Nystagmus und temporale Atrophie der Papille ver-

vollständigen das Bild. Beginn innerhalb des 1. Lebensjahres mit Nystagmus und Kopfzuckungen, allmähliche, aber unaufhaltsame Progression bis zu dem jetzt vorhandenen Krankheitsbild, das seit Jahren konstant zu sein scheint. Befallen sind nur männliche Individuen. In der Aszendenz nichts Sicheres, jedoch spricht alles für das Vorliegen eines rezessiv geschlechtsgebundenen Erbganges. Das Leiden stammt aus der mütterlichen Familie und wird durch weibliche Mitglieder, die selbst nicht erkranken, weitergetragen. Nach Verlauf, Symptomenbild und Erblichkeitsverhältnissen entspricht die Krankheitsform ganz dem von *Merzbacher* und *Pelizäus* beschriebenen Leiden. Bemerkenswert erscheint, daß dies die ersten Fälle sind, die unabhängig von der *Merzbacher-Pelizäus*schen Sippe gefunden werden konnten.

Aussprache: *Luxemburger*-Basel: Die Tatsache, daß sich in dem Stammbaum, den der Vortragende demonstrierte, keine Merkmalsträger finden, ist nicht weiter auffällig. Die erforschten Sippschaftsmitglieder sind — von den direkten Vorfahren abgesehen — fast alle Weiber; da nun beim rezessiv-geschlechtsgebundenen Erbgang meist Männer erkranken, weil für diese eine Konvergenz der Anlage nicht erforderlich ist, und die Merkmalsträger in der Regel nicht zur Fortpflanzung gelangen, sind in dem demonstrierten Stammbaum mit geringer Wahrscheinlichkeit kranke Individuen zu erwarten.

Luxemburger-Basel: „Die Tuberkulosesterblichkeit in der engeren biologischen Familie von Geisteskranken und der Durchschnittsbevölkerung."

Der Vortrag soll lediglich über die Methodik und die Ergebnisse eigener Untersuchungen berichten, ohne die Literatur zu berücksichtigen. Die ziffernmäßigen Befunde sind als vorläufig zu betrachten, zumal die Ergebnisse das Gewicht des einfachen mittleren Fehlers nur zum Teil aushalten.

Wenn die große Zahl der Todesfälle an Tuberkulose unter den Geisteskranken ihre Ursache in der Psychose als solcher bzw. in der unhygienischen Lebensweise derartiger Kranker hat (Unsauberkeit, Stupor, oberflächliche Atmung, Nahrungsverweigerung), so darf die Tuberkulosesterblichkeit in den Sippen der Kranken nicht höher sein als in der Durchschnittsbevölkerung. Merkliche Unterschiede bei ähnlichen äußeren Bedingungen sozialer und hygienischer Natur sowie bei ähnlichem Altersaufbau aller zu vergleichenden Sippen sprechen für erbkonstitutionelle Verankerung der Anfälligkeit gegen Tuberkulose sowie für positive oder negative Korrelation mit bestimmten Erbpsychosen. Die erbliche Reaktionsbereitschaft des Gewebes auf die tuberkulöse Infektion darf nicht in mendelnde Chromomeren verlegt werden, die Anfälligkeit gegen Tuberkulose muß vielmehr durch eine erbliche Insuffizienz der geweblichen Potenz (*Herzog*) erklärt werden. Wahrscheinlich liegen mannigfaltige korrelative Verknüpfungen und Verklammerungen mit den verschiedenartigsten einfach mendelnden Merkmalen oder komplexkonstitutionellen Phänotypen vor, die ihrerseits wieder ihren Gonotypus nicht in einem oder mehreren mendelnden Anlagepaaren finden, sondern — bildhaft ausgedrückt — in einem komplizierten „Korrelationsgeflecht". Abzulehnen ist

die Erwerbung jener erblichen Gewebsschwäche durch hologene somatische Induktion der Keimzellen. Sie ist sicherlich ebenso kompliziert entstanden, wie sie sich vererbt, nämlich durch das Zusammenspiel der mannigfaltigsten, irgendwie idiokinetisch entstandenen Erbanlagen, als deren charakteristisches Korrelat eben diese Gewebsschwäche angesehen werden muß.

Der Nachweis einer verschiedenen Tuberkulosesterblichkeit in den Sippen der verschiedenen Erbpsychotiker liefert wichtige Fingerzeige für die Praxis. Berufs- und Eheberatung werden sich diese Erkenntnis zunutze machen, und der praktische Arzt kann sie in seine prognostische Kalkulation aufnehmen.

Da die Mehrzahl aller Kulturmenschen sich einmal im Leben mit Tuberkulose infiziert und die Feststellung der Erkrankungsfälle an Tuberkulose auf dem Wege der extensiven Familienforschung (Massenstatistik) sehr schwierig ist, empfiehlt es sich, sich auf die Todesfälle an Tuberkulose zu beschränken. Es wurden daher alle Todesursachen der tot aus der Beobachtung geschiedenen Eltern und Geschwister von Schizophrenen, Manisch-Depressiven, Epileptischen und Probanden der Durchschnittsbevölkerung festgestellt und diejenigen Personen gesondert ausgezählt, bei denen irgendeine tuberkulöse Erkrankung als Todesursache angegeben war. Dabei wurde darauf geachtet, daß der Altersaufbau der einzelnen Gruppen von Sippen miteinander übereinstimmte; der Korrelationsfaktor für den Altersaufbau der geisteskranken Geschwisterschaften z. B. einerseits und der Geschwister der Durchschnittsbevölkerung andererseits betrug 0,976 bei einer Unsicherheit von 0,0113, das Durchschnittsalter des jüngsten Geschwisters stellte sich überall auf etwa 40 Jahre. Außerdem wurde die Untersuchung nach Altersgruppen spezifiziert. Da die Aufstellung der einzelnen Statistiken keine streng synchrone war, die Sippen also nicht gleichmäßig von der gewaltsamen Letalauslese des Krieges betroffen wurden, mußten bei Bildung der Bezugsziffern alle Personen ausgeschieden werden, die eines gewaltsamen Todes gestorben waren. Ebenso wurden, um einer Verschleierung der erbkonstitutionellen Verhältnisse vorzubeugen, alle Psychotischen, d. h. Probanden wie Sekundärfälle unberücksichtigt gelassen. Man hielt sich also lediglich an die Geschwister und Eltern, von denen man annehmen konnte, daß sie in psychischer Anpassung an die Umwelt unter äußeren Bedingungen lebten, die — bei einigermaßen ähnlicher sozialwirtschaftlicher Schichtung aller Vergleichspartner — eine gewisse Gleichartigkeit der peristatischen Reize zu garantieren vermögen. Die soziale Schichtung war im großen Ganzen eine ähnliche; nur die Sippen der Epileptiker stehen sozial nicht unerheblich tiefer als die andern, auch sind sie etwas mehr Stadtbevölkerung.

Auf eine Wiedergabe der zahlenmäßigen Befunde soll in diesem Referat verzichtet werden. Die Ergebnisse der Untersuchung sind kurz folgende: In allen Altersklassen sterben die Geschwister weit häufiger an Tuberkulose als die Geschwister aller anderen Gruppen mit Ausnahme der höchsten Altersklassen; es darf daraus geschlossen werden, daß die Letalauslese durch die Tuberkulose sich hier besonders in den jüngeren und mittleren Jahren geltend macht. Deutlich scheint auch die größere Widerstandsfähigkeit der Geschwister von Manisch-Depressiven gegen die

Tuberkulose zu sein. Hier halten sich die Ziffern durchweg unter den Zahlen für die Durchschnittsbevölkerung und für die übrigen Gruppen. Dieses polare Verhalten beider Erbkreise findet ein Analogon in der körperbaulichen Polarität (leptosomer Körperbautypus auf der einen, eurysomer auf der anderen Seite). Ob der Körperbautypus als solcher den einzigen Grund für jene verschiedene Widerstandsfähigkeit darstellt, und das Korrelat nicht etwa in einer erblichen Schwäche der geweblichen Potenzen zu suchen ist, die a priori mit dem Körperbautypus nichts zu tun hat, müßte durch anthropometrische und typologische Untersuchungen in den Sippen der Probanden zu klären sein. Daß die Ziffern für die Geschwister der Epileptiker höher sind als die der Durchschnittsbevölkerung, liegt wohl an ihrer tieferen sozialen Schichtung und ihrem Charakter als Stadtbevölkerung. Um die Befunde bei den Eltern richtig zu werten, muß man bedenken, daß diese als verheiratete Individuen von vornherein eine Auslese nach positiver gesundheitlicher Qualität darstellen, d. h. nach einer solchen, die Vorbedingung für eine genügende Qualifikation auf dem Heiratsmarkte und für Fortpflanzungstüchtigkeit ist. Anderseits sind aber bei den Schizophrenen und wohl auch bei den Epileptikern beide Eltern als Heterozygoten sichere Träger der Erbanlage, bei den Manisch-Depressiven ist es wenigstens der eine Elternteil, während unter den Geschwistern jeweils immer nur ein Teil Anlageträger sind. Man müßte also erwarten: 1. Im ganzen Ziffern, die sich etwas unter den bei den Geschwistern gefundenen halten (positive Qualitätsauslese!). 2. Für die Schizophrenen darf die Spannung zwischen den Geschwister- und Elternziffern nicht so groß sein wie für die Manisch-Depressiven, da dort erbbiologische Determinierung der Eltern und positive gesundheitliche Qualitätsauslese im Gegensinn wirken. 3. Für die Epileptikereltern muß man eine relativ ähnliche Abwärtsbewegung erwarten wie für die Durchschnittsbevölkerung.

Bei unserem verhältnismäßig kleinen Material (je 100—200 Probanden) können wir noch nicht mit einem eindeutigen Bild rechnen. Immerhin scheint sich im Ausfall der Statistik eine Tendenz bemerkbar zu machen, die jedenfalls in der Richtung dieser Postulate liegt. Alles in allem dürfen wir sagen, daß ihre Ergebnisse, die in dem Vortrag an einer Übersichtstafel demonstriert wurden, für die Anschauung von der erbkonstitutionell verankerten Reaktionsbereitschaft des Organismus auf die tuberkulöse Infektion zu sprechen scheinen, in dem Sinne, daß wir eine positive Korrelation mit der Anlage zur Dementia praecox für wahrscheinlich und eine negative mit der zum manisch-depressiven Irresein für nicht ganz ausgeschlossen halten. Die größere Tuberkulosesterblichkeit der engeren biologischen Familie der Epileptiker möchten wir dagegen im wesentlichen auf Milieufaktoren zurückführen, die durch den sozialen Aufbau dieser Sippen bedingt sind. Unsere Befunde in den Elternschaften der Geisteskranken stimmen mit den Ziffern *Donners* weitgehend überein.

Der Stand unserer Untersuchung gestattet vorerst nur, Schlaglichter zu werfen auf ein Gebiet, in welchem sich die Schatten der Finsternis gerade erst zu lichten beginnen. Eine Vergrößerung des Materials wird uns die Möglichkeit geben, unter Eliminierung der statistischen Fehler durch Präzision der Fragestellungen, sinnvolle Gruppierungen und Dif-

ferenzierung der Problematik in das Wesen jener Erscheinungen einzudringen, deren äußeres Bild unsere vorläufigen Befunde beleuchten.

Küffner-Regensburg: „Die Typhuserkrankungen in der Anstalt Regensburg". Im Spätsommer 1925 traten in der Heil- und Pflegeanstalt Regensburg Typhuserkrankungen auf. Die Infektionsquelle konnte nicht einwandfrei festgestellt werden. Bei der Durchsuchung aller Anstaltsinsassen wurde kein Bazillenträger gefunden, auch war in der Anstalt seit vielen Jahren kein Typhusfall vorgekommen. Wahrscheinlich handelte es sich um eine Wasserinfektion. In einem bei der Anstalt gelegenen Hause wurde nachträglich ein Typhusfall bekannt. In unmittelbarer Nähe befindet sich eine Brunnenstube, die das Wasser für die Anstalt liefert. Fassung und Dichtung dieser Stube waren nicht einwandfrei. Ein Haus der Anstalt blieb von Erkrankungen verschont, und dieses bezog das Wasser aus einer anderen Quelle. In der verdächtigen Quelle konnten keine Typhusbazillen gefunden werden.

Weitaus die Mehrzahl der Erkrankungen verlief in atypischer Form. Der Milztumor fehlte in ca. zwei Drittel der Fälle, die Roseolen waren häufiger zu finden, in zirka der Hälfte der Fälle ging die ganze Krankheit mit Verstopfung einher. Die Diazoreaktion im Harn war mit verschwindenden Ausnahmen immer negativ. Die relative Pulsverlangsamung war nicht häufig nachzuweisen. Am häufigsten konnte die „Typhuszunge" und ein mäßiger Meteorismus festgestellt werden. Die meisten Kranken zeigten bei der Agglutinationsprobe nach *Gruber-Widal* einen Titer von 1 : 400. Der Bazillennachweis im Blut gelang nur in wenigen Fällen.

Nach Feststellung des Typhus wurden alle Pat. einer Schutzimpfung unterzogen. Den Beamten und Angestellten sowie deren Familienangehörigen wurde geraten, sich der Impfung zu unterziehen. Es wurde „Typhusimpfstoff Höchst" verwendet. Durch die Impfung kam es in keinem Fall zu einer Schädigung. Ungefähr zwei Drittel der Geimpften zeigten kräftige Allgemeinreaktion, besonders nach der zweiten Impfung.

Von den 82 Erkrankten starben 12. Bei allen Gestorbenen fanden sich bei der Sektion Typhusgeschwüre im Darm.

Nach 4 Monaten war die Epidemie erloschen. Die Bazillenträger werden auf der Infektionsabteilung zurückbehalten.

Aussprache: *Ast*-Werneck glaubt nicht, daß der Typhus durch die Infektion des Trinkwassers zustande gekommen ist. Eben weil, wie der Vortragende mit Recht betont hat, der Typhus klinisch häufig ganz atypisch verläuft, bleiben und blieben von je her viele Typhusfälle unerkannt. Von diesen Fällen her finden sich in jeder Anstalt, namentlich in den älteren, Bazillenträger unter den Kranken und dem Personal. In Werneck wurde bei den auf Typhusfälle hin durchgeführten Durchuntersuchungen regelmäßig Bazillenträger, darunter auch diejenigen, welche nach Lage der Umstände als Infektionsquelle anzunehmen waren, gefunden. Dasselbe Resultat ergaben die von *A.* anläßlich der Typhusepidemie im Jahre 1908 in Eglfing durchgeführten Untersuchungen. Das beste Mittel gegen eine weitere Verbreitung, die auch bei Kontaktinfektionen Explosionscharakter annehmen kann, ist bei jedem zweifelhaften Fall grundsätzlich die in praxi absolut zuverlässige *Widal*sche Reaktion.

Seisser-Erlangen berichtet über eine Typhusepidemie in der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen im Frühjahr 1926.

Der diagnostische Wert der Agglutination bei Typhus scheint ihm in gewissen Fällen zweifelhaft. Namentlich bei früher mit Typhusserum Geimpften, bei vorausgegangenen anderen Infektionskrankheiten, nach Injektionen von gewissen Eiweißkörpern kommen geringfügige Agglutinationen vor, ohne daß klinisch Typhus vorliegt.

Der positive Ausfall der Agglutination sei ein Warnungszeichen. Erst wenn der Agglutinationstiter im Laufe weiterer Blutentnahme steigt, könne die Agglutination als spezifisch angesehen werden.

v. Hösslin-Ansbach: Ich halte es für wahrscheinlicher, daß die Quelle der Typhuserkrankungen in der Regensburger Anstalt in einem Bazillenträger zu suchen ist. Hinsichtlich der raschen Erkennung der Erkrankung ist die *Gruber-Widal*sche Agglutionatinsprobe in vielen Fällen zuverlässiger als der Nachweis von Bazillen; sie soll daher in allen verdächtigen Fällen angestellt werden.

Schlußwort: *Küffner*-Regensburg: Für die Annahme einer Wasserinfektion spricht außer den angegebenen Gründen noch das explosionsartige Auftreten der Erkrankungen auf fast allen Abteilungen.

Neubürger-Haar: „Über Todesursachen bei Geisteskrankheiten". Vortragender bespricht in Auswahl die unmittelbar zum Tode führenden Faktoren, ohne auf das Wesen der letal endenden Erkrankungen näher einzugehen. Er weist zunächst auf die bekannten Schwierigkeiten hin, die sich oft der Aufdeckung der Todesursachen entgegenstellen. Auch in verwickelten Fällen wird man stets versuchen, die primäre tödliche Funktionsstörung zu ermitteln; hier wird in der Hauptsache in Frage kommen: Insuffizienz des Herzens, dann vom Herzen nicht direkt abhängende Störungen in der Zirkulation der peripheren Gefäße, endlich ein Versagen lebenswichtiger Gehirnzentren. Praktisch wird eine scharfe Trennung der Faktoren oft unmöglich sein. Vielleicht ist letzten Endes jeder Tod ein Nerventod, da man ja auch für Herz- und Kreislaufsorgane eine Steuerung durch nervöse Apparate anzunehmen pflegt.

Sieht man von interkurrenten Erkrankungen ab, die auf dem Wege über die Herzschwäche zum letalen Ausgang führen, so läßt sich ein primärer Herztod nicht selten einwandfrei bei Paralyse feststellen. Die bei der Paralyse häufig vorkommende luische Aortenerkrankung lokalisiert sich bekanntlich besonders intensiv im Anfangsteil der Aorta; sie vermag hier zu einer Überwölbung und hochgradigen Verengerung, ja zu einer vollständigen Verlegung eines oder gar beider Coronarabgänge zu führen. Daß es in solchen Fällen zum Versagen des mehr oder minder plötzlich und vollständig außer Ernährung gesetzten Herzens kommen kann, ist leicht einzusehen; Vortragender glaubt, daß solche Geschehnisse beim letalen Ausgang der Paralyse oft genug eine Rolle spielen. — Größeren Schwierigkeiten begegnet man, wenn man den Grund des zu einem bestimmten Zeitpunkt eintretenden Versagens atrophischer Herzen, wie sie bei marantischen Geisteskranken vorkommen, oder hypertrophischer Herzen, wie man sie bei Arteriosklerose antrifft, angeben soll. Manchmal findet man hier wohl eine fettige Degeneration der Muskelfasern, oft aber

fehlen frische Veränderungen, die das plötzliche Versagen begreiflich erscheinen lassen. Möglicherweise sind hier noch außerhalb des Herzens zu suchende Faktoren im Spiel.

Störungen des peripheren Kreislaufs, oft genug Behinderungen in der Gefäßfunktion, die sich keineswegs immer in morphologischen Veränderungen kundzutun brauchen, können als Todesursache eine wichtige Rolle spielen. Vorwiegend dürften hier Gefäßkrämpfe in Betracht kommen. Solche sind z. B. nach *Spielmeyers* Untersuchungen bei der Epilepsie von grundsätzlicher Wichtigkeit.

Besonders dürfte dies beim Status der Fall sein, in dem die Kranken oft erliegen; wir können uns leicht vorstellen, daß die durch dauernde Gefäßkrämpfe der Blutversorgung entzogenen, lebenswichtigen Gehirnzentren ihre Tätigkeit einstellen. Ferner können Angiospasmen der Herzgefäße bei Epileptikern tödlich sein. Auch Arteriosklerotiker neigen zu vasomotorischen Störungen, worauf *Kraepelin* schon vor langen Jahren hingewiesen hat. Gewiß werden von solchen Störungen auch lebenswichtige Gehirnzentren getroffen werden können; und ihr Versagen wird den Tod herbeiführen oft noch, bevor wir an ihnen histologische Veränderungen nachzuweisen vermögen. — Weiterhin gehört die apoplektische Hirnblutung mit tödlichem Ausgang hierher. Ihre Entstehung aus zahlreichen kleinen, konfluierenden Blutungsherden wird durch Untersuchungen aus neuerer Zeit wahrscheinlich gemacht. Daß auch hier rein vasomotorische Vorgänge von wesentlicher Bedeutung sind, dafür spricht die Tatsache, daß sich manchmal mächtige Blutungen ohne nachweisbare Gefäßerkrankungen, zumal bei Hypertonikern, finden. — Schließlich ist beim Status paralyticus daran zu denken, daß Gefäßkrämpfe ähnlich wie beim Status epilepticus von Belang sind.

Primäre Hirntode im engeren Sinn, ohne maßgebende Beteiligung des Gefäßsystems, kommen in Frage bei perniziösen Psychosen des Rückbildungsalters, oder wohl auch bei manchen rapid verlaufenden Katatonien. Die oft außerordentlich schweren, verbreiteten und im Fortschreiten begriffenen Parenchymdegenerationen mit amöboider Umwandlung der Glia, die bei der histologischen Untersuchung zumal der präsenilen Psychosen zu ermitteln sind und die uns schon *Alzheimer* kennen lehrte, dürfen wir wohl als Todesursache gelten lassen. — Auch bei manchen foudroyant verlaufenden Paralysen findet sich ein ähnlicher schwerer Parenchymzerfall. — Zum Schluß geht Vortr. kurz auf die Hirnschwellung ein, die man in manchen Fällen als Grundlage des Hirntodes findet. Es ist noch nicht bekannt, was dem merkwürdigen Bilde der Hirnschwellung zugrunde liegt und ob es für sie charakteristische histologische Veränderungen gibt.

Schließung der Vorträge. — *Harlander*-Günzburg gibt einen Überblick über die Entstehung der Anstalt. Nach einer Erläuterung der Bauten an Hand von Karten erfolgt die Besichtigung der Anstalt.

3. Sitzung.

Weber-Haar erstattet Kassen- und Rechnungsbericht. Einnahmen: 213,95 M., Ausgaben: 93,40 M, Abgleichung: 120,55 M. Vermögensbestand in Pfandbriefen: 400 M. Nach Prüfung der Rechnung durch *Müller*-

Klingenmünster wird dem Rechnungsführer Entlastung erteilt. Der Beitrag für das folgende Jahr beträgt 3 M.

Wahlen: Als 2. Schriftführer wird *Kahn*-München gewählt, der die Wahl annimmt. Für die Ergänzungswahl zum Landesausschuß für Psychiatrie werden in Vorschlag gebracht die Herren: *Rehm*-Neufriedenheim, *Zierl*-Regensburg; als Ersatzmann: *Küffner*-Bayreuth. In die Kommission für Ausbildung und Prüfung des Pflegepersonals werden gewählt: *Eisen*-Regensburg, *Faltlhauser*-Erlangen, *v. Hösslin*-Ansbach, *Röll*-Werneck, *Vocke*-Eglfing. Wahl des nächstjährigen Vers.orts: München. Die Wahl des nächstjährigen Referatthemas bleibt der Vorstandschaft vorbehalten.

Ein Gesuch der Vereinigung der Beamten und Anwärter für den Krankenpflegedienst an den bayer. Heil- und Pflegeanstalten um Abgabe eines Gutachtens über Ausbildung, Prüfung und Fortbildung des Pflegepersonals, über Einstufungs- und Vorrückungsmöglichkeiten sowie über die Dauer der täglichen Dienstzeit wird dem psychiatrischen Landesausschuß zur Erledigung überwiesen.

Der Vorsitzende teilt mit, daß auf eine Anregung des Kreistagspräsidenten von Oberfranken *v. Wächter* in Zukunft etwa alle 2 Jahre in München Fortbildungskurse für Anstaltsärzte in der allgemeinen Medizin in der Dauer von 2—3 Wochen stattfinden sollen. Der erste Kurs wird noch 1926 im Spätherbst abgehalten werden.

Viernstein-Straubing spricht über: „Irrenabteilungen an bayerischen Strafanstalten". Der von *Rüdin* und *Kundt* 1910 ins Leben gerufene Gedanke, geisteskranke und schwer psychopathische, im Strafvollzuge befindliche Rechtsbrecher in Sonderabteilungen nach irrenärztlichen Grundsätzen zu behandeln, wurde durch die bayerische Justizverwaltung verwirklicht, indem 1917 beim Zuchthause Straubing unter dem Beirat von *Rüdin* und *Vocke* eine solche Irrenabteilung mit 60 Betten, 1920 eine gleiche mit 35 Betten bei der Gefangenanstalt Bayreuth gebaut bzw. eröffnet wurde.

Ref. kam nach eingehender Besprechung der praktisch strafvollzuglichen und psychiatrisch-wissenschaftlichen Besonderheiten dieses Dienstes zu dem Gutachten, daß die Sonderanstalten sowohl als wichtige und unentbehrliche wie humanitär selbstverständliche Einrichtungen sich erwiesen hätten. Die bayerische Staatsregierung sei sogar geneigt, dem Gedanken der Errichtung einer 3. Sonderanstalt für weibliche Kranke bei gebesserter staatlicher Geldlage näherzutreten.

Aussprache: *Vocke*-Eglfing dankt dem Vortr. für seine interessanten Mitteilungen und spricht die Hoffnung aus, daß die Justizverwaltung beim Eintritt einer besseren Finanzlage an die Errichtung weiterer Adnexe für Geisteskranke herangeht.

Schwarz-Kutzenberg: Für psychopathische Verbrecher im Strafvollzug scheint entsprechend gesorgt, weniger für die sichere Verwahrung und innerhalb dieser mögliche Behandlung der verbrecherischen Anstaltspsychopathen. Es ist zu empfehlen, ein festes Haus für mehrere Kreise zu beschaffen. Solches dem Staate zu überlassen ist untunlich, da die Gefahr besteht, daß dann die Anstalt die Begutachtung der Aufnahme in dieses Haus und die Herausnahme aus diesem verliert, daß administrativ

und strafrechtlich tätige Organe diese Tätigkeit leisten, daß dann diese Anstalt mit verhältnismäßig harmlosen Insassen übervölkert bleibt, während die Anstalt ihre als gefährlich erkannten verbrecherischen Psychopathen behalten muß. Die festen Häuser müssen also im Zusammenhang mit der Anstalt bleiben.

Fuchs-Kaufbeuren: „Untersuchungen über das qualitative Blutbild (*Arneth*) und über die leukozytären Reaktionen bei genuiner Epilepsie."

Acht an genuiner Epilepsie leidende Kranke wurden fortlaufend an je 21 aufeinander folgenden Tagen untersucht. Dabei zeigten die Kurven der Gesamtleukozyten auch außerhalb der anfallenden und intervallären Gipfelwerte kein einheitliches Bild. Gesamtleukopenie wurde bei keiner der rund 170 Einzeluntersuchungen festgestellt. In sieben Fällen waren präparoxysmal, paroxysmal und postparoxysmal Gesamthyperleukozytosen zu beobachten, aber auch intervallär, ohne daß hierbei Zeichen einer psychomotorischen Erregung bestanden. In einem Falle wies die Kurve der Gesamtleukozyten postparoxysmal ihre niedersten Werte auf. Quantitativ neigten die neutrophilen Leukozyten außerhalb der anfallsnahen und intervallären Hyperleukozytosen zu niederen, die Lymphozyten zu höheren Werten. Der Anteil der neutrophilen Leukozyten bzw. der Lymphozyten an den Hyperleukozytosen war sowohl von Fall zu Fall wie bei demselben Kranken großen Schwankungen unterworfen. Das Schwanken der Monozyten war uncharakteristisch. Für die eosinophilen Leukozyten und die Mastzellen lagen die höchsten Werte außerhalb der Zeit der Anfälle. Bei keiner Zellart kam es zu pathologischen Links- oder Rechtsverschiebungen (*Arneth*). Die beobachteten Gesamthyperleukozytosen sind also gleichzusetzen den sogen. physiologischen Hyperleukozytosen, den „Verteilungsleukozytosen" im Sinne *Schillings*. Vielleicht haben sie eine vasomotorische Ursache, deren primäre oder sekundäre Entstehung aber offengelassen werden muß. (Der Vortrag ist inzwischen erschienen in der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.)

Sighart-Günzburg: „Alkoholismus und Fürsorge auf dem Lande":

Das Steigen des Alkoholismus nach dem Kriege nötigt zu einer Überprüfung der Maßnahmen, dieses Übel wirksam zu bekämpfen. Die bestehenden Bestimmungen werden nicht durchgreifend angewendet. Ein klares Bild über den Umfang der Trunksucht, besonders auf dem Lande, fehlt. Auch in der ländlichen Bevölkerung ist ein bedrohliches Steigen der Trunksucht zu beobachten. Die Alkoholikeraufnahmen aus ländlichen Bezirken betrugen vor dem Kriege 2—3%, 1919 das Doppelte, und seitdem ist weiteres Anwachsen zu verzeichnen. Eine Sichtung der Alkoholiker in der Anstalt Günzburg, die fast nur ländliche Aufnahmebezirke hat, ergibt einen Durchschnitt von 2,5 % Aufnahmen aus den letzten Jahren. Eine Steigerung um das Dreifache 1921 erklärt sich aus dem trunkfällig gewordenen Psychopathenmaterial, die als Kriegstraumatiker mit steigendem Alkoholgehalt des Bieres anstaltsreif wurden. Der chronische Alkoholismus blieb 1922 im Hintergrunde, beherrschte aber dann das Bild. Nur

5 % davon waren bisher alte, rückfällige Säufer. Potatorium fand sich von Geisteskranken hauptsächlich bei Manisch-Depressiven. Frauen fehlen in der Günzburger Statistik völlig. Als Grund dafür kann man annehmen, daß akute Fälle nicht in die Anstalt kommen, daß kleine Gemeinden eine Verwahrlosung von Frauenspersonen nicht aufkommen lassen und die harte landwirtschaftliche Arbeit das beste Korrigens für degenerative Naturen bildet. Die Notwendigkeit der ländlichen Trinkerfürsorge erhellt daraus, daß auf 2500 Einwohner des flachen Landes ein anstaltsbedürftiger Trinker zu rechnen ist. Auf 300 000 Einwohner, den Aufnahmebezirk der Anstalt, treffen daher, gering gerechnet, 120 fürsorgebedürftige Trinker. Bei der Überlastung der Heil- und Pflegeanstalten wird die Schaffung einer öffentlichen Trinkerheilanstalt daher immer dringender, besonders im Hinblick auf die Trinkerbehandlung im zu erwartenden neuen Strafgesetzbuch. Für die frischen Fälle von Alkoholismus ist die Heil- und Pflegeanstalt bisher noch der richtige Ort, wofür die Erfolge (nur wenige % Rückfälle) in Günzburg sprechen. Wichtig sind die erzieherischen Einflüsse und Setzung einer bestimmten Verwahrungsdauer. Mit 4—5 Monaten in frischen Fällen wurden gute Resultate erzielt bei peinlicher Beachtung der üblichen Vorbehalte, welche die fehlende eigentliche Fürsorgeeinrichtung ersetzen konnten. Abbau des Schutzsystems erst nach 1—2 Jahren mit schließlicher Aufhebung des Einweisungsbeschlusses. Die Frage der Fürsorge für noch nicht gemeingefährliche Trinker ist auf dem Lande noch ungelöst. Empfohlen wird: stärkere Interessierung der Hausärzte für die Trinkerfrage, Anschluß der Trinkerbewegung an die Tuberkulosen- und Säuglingsfürsorge, Information der Amtsärzte über die Trunksuchtsfälle durch die Bezirksfürsorgerinnen, Armenärzte, Gendarmerie, Verwarnung durch die Behörde, Erleichterung der Kostentragung bei freiwilligem Eintritt in die Trinkerstätte durch Fürsorgeverbände, Kassen, Errichtung von Freistellen durch die Kreise usw., Aufstellung eines Schützers oder Helfers bei drohender Trinkerentartung durch ein künftiges Trinkerfürsorgegesetz.

Aussprache: *Vocke*-Eglfing bespricht die Einrichtungen der Trinkeranstalt Hutschdorf und den Vollzug des Art. 80, Abs. II, PStG. bei Trinkern.

Weinberger-Gabersee regt an, bei dem nächsten Kongreß das Thema „Außenfürsorge für entlassene G.Kr." eingehender zu behandeln. Einstweilen sollen die Anstalten, an denen „A. F." versucht wird, miteinander in nähere Verbindung treten und sich verständigen über bisherige Erfahrungen (Mittel der „A. F.").

Spielmeyer-München: „Pathogenetische Erforschung zentraler Krankheitsprozesse".

Wir pflegen die häufigeren pathologisch-anatomischen Veränderungen in drei Hauptgruppen einzuteilen: in die degenerativen, die entzündlichen und die zirkulatorisch bedingten Schädigungen. Im Einzelfalle ist die Rubrizierung oft leicht, wie z. B. bei der amaurotischen Idiotie, der Poliomyelitis, der Arteriosklerose. Oft aber auch macht die Einordnung viel größere Schwierigkeiten, als es nach der lehrbuchmäßigen Darstellung scheint. Das liegt erstens daran, daß der Prozeß oft nicht einheitlich ist,

zweitens daß die Deutung der Einzelerscheinungen, so wie sie sich im Augenblick der Untersuchung darstellen, geradezu unmöglich ist. Besser als die morphologische Analyse des anatomischen Zustandsbildes hilft uns hier die pathogenetische Forschung; sie vermag uns am sichersten über das Wesen einer Veränderung aufzuklären, daß wir sie ihrer Art nach rubrizieren. Ihr Weg ist der, den krankhaften Vorgang zu verfolgen von seinem Anfang bis zum Ende, dem schließlichen Schaden. Da wir häufig nicht genügend frühe Stadien und keine kontinuierliche Entwicklungsreihe der Veränderungen in bestimmten Krankheitsfällen gewinnen können, versuchen wir mit dem Experiment nachzuhelfen; außerdem hat sich hier die vergleichende Krankheitsforschung als nützlich erwiesen: wir vergleichen einen Prozeß mit anderen ähnlich gearteten, oder wir vergleichen die Veränderungen im Gehirn mit denen anderer Körperorgane, oder endlich wir suchen zur Klärung der komplizierten Verhältnisse in der Hirnrinde Einblick in einfach gebaute Teile des Zentralnervensystems zu gewinnen, wie wir das seit längerer Zeit beim Ammonshorn und beim Kleinhirn tun. —

Das wären die hauptsächlichsten Methoden der pathogenetischen Forschung, mit denen wir zunächst die Deutung der Einzelerscheinungen versuchen, wie etwa die Abgrenzung der selbständigen von der symptomatischen Entzündung, die Absonderung zirkulatorisch bedingter Nekrosen von Degenerationen. Es hat sich dabei ergeben, daß wir eine Degeneration des nervösen Gewebes oft nur per exclusionem diagnostizieren, weil die histologischen Merkmale selbständiger degenerativer Vorgänge häufig nicht sicher genug sind. Es zeigt sich das besonders bei der Bestimmung systematischer und pseudosystematischer Erkrankungen und örtlich elektiver Ausfälle. Beispiele dafür sind die funikuläre Spinalerkrankung, die Veränderungen bei CO-Vergiftung, die umstrittenen laminären Ausfälle in der Rinde und die Ammonshornsklerose. Gerade diese letztere bisher rätselhafte Veränderung scheint uns durch die pathogenetische Forschung im wesentlichen geklärt.

Die andere Hauptschwierigkeit, die in der Polymorphie des Prozesses liegt, ist am Beispiel der Paralyse bis zum Überdruß der Nichtbeteiligten und auch der Beteiligten erörtert worden, und ich brauchte darauf nicht einzugehen, wenn ich nicht meine Meinung, daß hier neben entzündlichen Erscheinungen selbständige degenerative Vorgänge ablaufen, nach unseren letzten Untersuchungen anders fassen und erweitern müßte. Es gibt, wie ich heute meine, bei der Paralyse nicht nur zwei Reihen von Krankheitsvorgängen, sondern es kann auch ein dritter Faktor hinzukommen, nämlich zirkulatorisch bedingte Ausfälle. Seit *Nissls* und *Alzheimers* Untersuchungen haben wir Ausfälle durch Kreislaufstörungen als nicht zum Wesen der Paralyse gehörig betrachtet; wo man Erweichungen usw. findet, betrachtet man sie als Komplikationen. Für die groben nekrotischen Einschmelzungen ist das zweifellos allermeist richtig. Aber wir haben gelernt, die geweblichen Folgen von Kreislaufstörungen nicht so eng zu fassen. Berücksichtigen wir unvollständige nekrotische Herde und Verödungen, so stellt sich auch für die Paralyse heraus, daß diese gar nicht so selten zirkulatorischen Ursprungs ist. Das gibt auch eine gute anatomische Erklärung für das klinische Symptom gewisser paralytischer

Anfälle. Insbesondere habe ich bei Paralysen mit apoplektischen Anfällen solche unvollständigen Nekrobiosen in bestimmten Rindengebieten gesehen. Und wir können danach die paralytischen Anfälle nicht nur mit einem Anschwellen der degenerativen oder der entzündlichen Komponente des paralytischen Prozesses, sondern auch mit lokalisierten Kreislaufstörungen im Gehirn in Zusammenhang bringen. Den schlüssigen Beweis für das Vorkommen zirkulatorischer Ausfälle bei der Paralyse haben die Herren *Metz* und *Neubürger* jüngst erbracht, nämlich für die bekannten örtlich elektiven Veränderungen am Ammonshorn; sie erwiesen deren zirkulatorische Genese dadurch, daß sie von den ersten Zeichen der Ischämie an den Ganglienzellen durch die verschiedensten Stadien des charakteristischen Abbaues bis zur Narbe verfolgten — ein bedeutungsvoller Erfolg der pathogenetischen Forschungsrichtung.

Plaut-München: „Untersuchungen über Syphilishäufigkeit bei psychiatrischem Krankenmaterial".

Um statistisch verwertbare Unterlagen für die Häufigkeit der syphilitischen Infektion zu gewinnen, wurden bei den in der Münchener Psychiatrischen Klinik aufgenommenen Kranken fortlaufend Blutuntersuchungen, ohne Rücksicht auf Diagnose und Syphilisverdacht, vorgenommen. Die Untersuchungsperiode erstreckte sich — mit einigen Unterbrechungen — vom 15. Juli 1915 bis 15. Juli 1923. 7733 Fälle (4418 Männer, 3315 Frauen) gelangten zur Untersuchung. Wiederholt aufgenommene Fälle wurden nur einmal gezählt. Außer Fällen mit positivem Blut- bzw. Liquorbefund wurden auch serologisch negative Fälle, bei denen anamnestisch oder klinisch Syphilis sichergestellt werden konnte, als Syphilitiker rubriziert. Es ergab sich, unter Einrechnung aller Fälle einschließlich Paralysen, Syphilis bei Männern in 25,4 %, bei Frauen in 15 %. Die Paralysen bildeten 15 % der männlichen, 6,4 % der weiblichen Aufnahmen. Syphilis ohne Beteiligung des Nervensystems wurde bei 10 % der männlichen und bei 8,3 % der weiblichen Aufnahmen festgestellt. Syphilis ohne Beteiligung des Nervensystems fand sich somit bei den Männern nur um 20 % häufiger, hingegen Paralyse bei den Männern um 130 % häufiger als bei den Frauen. Die Unterschiede in der Paralysehäufigkeit der beiden Geschlechter können nicht allein ihre Ursache in Unterschieden der Syphilishäufigkeit haben. Entweder sind bei den Männern fördernde oder bei den Frauen schützende Einflüsse gegenüber der Paralyse wirksam. Die Schutzpockenhypothese und die Therapiehypothese lassen sich als Erklärung für die Seltenheit der weiblichen Paralyse in gleicher Weise ins Treffen führen (weniger häufige Revakzinationen bei den Frauen, öfteres Unterbleiben der antisyphilitischen Therapie bei den Frauen infolge Unkenntnis der Infektion) — eine immer wiederkehrende Übereinstimmung, die, worin man *Kolb* recht geben muß, nicht gerade für die ätiologische Bedeutung dieser Faktoren für die Paralyseentstehung spricht. Auf die neuerdings in Amerika geäußerte Auffassung, daß die Schwangerschaft eine Schutzwirkung gegenüber der Paralyse ausüben könne, wird hingewiesen. Innerhalb der einzelnen Krankheitsgruppen fand sich Syphilis als Nebenbefund häufig, d. h. über dem errechneten Durchschnitt, bei: Alkoholismus, Arteriosklerose, Psychopathie-Hysterie und Imbezillität, und zwar bei beiden Geschlech-

tern. Die hohe Syphilisziffer der Imbezillen wurde durch die Lues congenita bedingt. Die manisch-depressiven Männer standen mit 10,1 % noch ein wenig über dem Durchschnitt (trotzdem die Seltenheit der Paralyse bei den manisch-depressiven Männern!). Die manisch-depressiven Frauen zeigten eine niedrige Syphilisziffer (4,7 %). Auf der anderen Seite erwiesen sich die weiblichen Alkoholisten mit 27,7 % doppelt so häufig infiziert als die männlichen Alkoholisten, deren Syphilisrate 15,9 % betrug. Bei Dementia praecox, Epilepsie und seniler Demenz lagen die Syphilisraten bei beiden Geschlechtern weit unter dem Durchschnitt — bei 5 % und darunter. Am seltensten infiziert zeigten sich die epileptischen Frauen. Da Syphilis bzw. kongenitale Syphilis in Beziehung zur Dementia praecox gebracht wurde, ist die relative Seltenheit der Syphilis bei Dementia praecox (5,1 % bei Männern, 5,4 % bei Frauen) beachtlich. Auch die Pfropfhebephrenie, bei der man ja noch vielleicht am ehesten daran denken könnte, daß die Lues congenita eine Rolle spielt, zeigte mit rund 5 % Syphilis keine über den bei der Gesamtsumme der Dementia praecox-Fälle gefundenen Prozentsatz hinausgehenden Werte. Paralyse fand sich bei den Arbeitgebern (selbständige Kaufleute, Industrielle, Gewerbetreibende) in 26,3%, bei Arbeitnehmern (Angestellte und Arbeiter) in 19,7%. Aber auch nichtparalytische Syphilitiker fanden sich bei der ersten Gruppe häufiger als bei der zweiten Gruppe — 13,6 % : 11 %. Bei der „besitzenden Klasse" stellte sich das Verhältnis von Paralyse : Syphilis wie 1,9 : 1, beim „Proletariat" auf 1,8 : 1. Bei der Berücksichtigung der Relation zur Syphilisfrequenz ist somit das Überwiegen der Paralyse bei den Arbeitgebern gegenüber den Arbeitnehmern ein sehr geringes. Diese Feststellung spricht gegen die Annahme, daß bei den besitzenden Klassen besondere Hilfsursachen die Entwicklung der Paralyse in höherem Grade begünstigen. Um Differenzen des Alterseinflusses der beiden Gruppen zu verringern, wurden nur über 30 Jahre alte Fälle der Berechnung zugrunde gelegt.

Bei den Zusammenstellungen war mir Dr. Gustav *Ehrismann* in dankenswerter Weise behilflich. Die ausführliche Veröffentlichung erfolgt an anderer Stelle.

Aussprache: *Bumke*-München fragt, ob die relative Seltenheit der Paralyse bei Frauen nicht zum Teil darauf beruhen könne, daß ein Teil der syphilitischen Frauen — weil sie als Prostituierte gleichzeitig Alkoholistinnen oder weil sie bei nicht erkannter Lues nicht behandelt worden sind — vor Erfüllung der Inkubationszeit stirbt.

Schwarz-Kutzenberg: Die Häufigkeit der Lues bei den einzelnen Psychosen steht im parallelen Verhältnis zu dem sozialen Gefahrsfaktor, der diesen Psychosen, event. den präpsychotischen Personen, innewohnt.

v. Hösslin-Ansbach: Im Gegensatz zu den ungemein hohen Zahlen, die *Plaut* für die Aufnahmen der Münchener Klinik gefunden hat, ergaben die Untersuchungen sämtlicher Zugänge der Stadt Ansbach, die durchweg aus den kleineren Städten und den nördlichen Bezirken Mittelfrankens stammen, daß nur bei 3 Männern, d. i. 3 %, und bei 1 Frau, d. i. 1,1 %, Syphilis nachgewiesen werden konnte. Bei den 3 Männern handelte es sich um 2 Fälle von Paralyse und 1 Fall von Hirnlues, bei der Frau um manisch-depressives Irresein.

Um daher zuverlässigere Schlüsse aus den Befunden ziehen zu können,

werden vor allen Dingen auch die Untersuchungsergebnisse der Anstalten mit nördlichen Aufnahmebezirken berücksichtigt werden müssen.

Luxemburger-Basel fragt an, ob die geringe Zahl der weiblichen Paralyse-Aufnahmen nicht dadurch verursacht sein könnte, daß weibliche Paralytiker, die zum größten Teil verheiratet sind und die Lues vom Manne bezogen haben, in leichteren Fällen weniger anstaltsbedürftig werden als die große Zahl der berufstätigen und unverheirateten männlichen Kranken, da sie eher in der häuslichen Gemeinschaft gehalten werden können als diese, zumal, wenn halb- oder völlig erwachsene Töchter vorhanden sind.

Schlußwort: *Plaut*-München.

Kahn-München: „Über Gereiztheit im manisch-depressiven Irresein". Gereiztheit kommt im m.-d. I. sehr häufig, und zwar sowohl im konstitutionellen Dauerzustand als phasisch vor; Übergangsfälle sind auch zu beobachten. Es gibt phasische Zustände von Gereiztheit, bei denen ausgesprochen manisch-depressive Züge völlig fehlen, wenn man von Mischzuständen im eigentlichen Sinne sprechen kann. Der eigenartige Mischaffekt der Gereiztheit dürfte durch Interferenz von Erregung und Hemmung zustande kommen. (In der Münch. Med. Wschr. ausführlich veröffentlicht.)

Aussprache: *Ast*-Werneck: Das an Manisch-Depressiven sehr reichhaltige Material Wernecks wäre imstande, zu sämtlichen der vom Vortr. geschilderten Zuständen phasischer Reizbarkeit Beispiele zu liefern. Besonders zu nennen wären fast autistisch anmutende nörgelnde Depressive und reizbare Manische, die sich oft schwer von den erregten Psychopathen unterscheiden lassen. — Das Syndrom Reizbarkeit ist ein hochkompliziertes Symptom, das sich aus sehr verschiedenen pathologischen Elementarstörungen zusammensetzen kann. Es wäre für die diagnostische Praxis sehr wertvoll, es aufzulösen und dazu zu gelangen, etwa eine epileptische, manisch-depressive, schizoide Reizbarkeit voneinander unterscheiden zu können.

Kahn-München: Sicher gibt es ganz verschiedene Formen der Reizbarkeit, die als komplizierter Affekt vorgestellt werden muß. Es ist zu erwarten, daß bei weiterer Analyse die Reizbarkeit des Zirkulären, die übrigens auch keineswegs einheitlich sein muß, von der Reizbarkeit des Epilektikers, des Schizoiden usw. wird differenziert werden können.

Jahrreiß-München: „Über traumatisch-neurotische Reaktionen bei manisch-depressiver Konstitution".

Ref. berichtet über eine Reihe von Kranken der Münchener Klinik, die einen Unfall erlitten hatten, und unabhängig davon an psychischen Störungen erkrankten, über deren Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Formenkreis kein Zweifel besteht. Die hier beobachteten neurotischen Reaktionen unterschieden sich nicht wesentlich von denen bei andersartiger psychopathischer Anlage. Es wird des näheren ausgeführt, daß das Auftreten solcher Syndrome nicht abhängig sei vom „Charakter" im engeren Sinn, sondern von der augenblicklichen Gesamtverfassung der Persönlichkeit; so daß also bei gleicher Charakteranlage ein durch leichte, phasenhafte Verstimmungen veränderter „psychischer Turgor" hemmend oder fördernd auf Eintritt und Verlauf psychoreaktiver Erscheinungen wirken

kann. Aber auch in diesen Fällen spielt das Unfallereignis keine ursächliche Rolle, sondern ist im Grunde nichts weiter als ein Prüfstein für die individuelle Art und augenblickliche Verfassung des Betroffenen. Ref. ist nicht der Meinung, daß etwa hypochondrische, querulatorische Züge usw., von denen die prämorbide Persönlichkeit offensichtlich frei war, Erzeugnisse psychogener oder endogener Depressionen sind und gewissermaßen ein charakterologisches Novum bedeuten, sondern daß durch die Verstimmungszustände konstitutionelle Eigentümlichkeiten des betreffenden Charakters enthüllt werden, ähnlich wie das *Mayer-Groß* an Beispielen endogener Verstimmungen gezeigt hat.

Es wird auf die Arbeit von *E. Kahn* verwiesen, der von einem Unfallerlebnis gesprochen hat, das abhängig sei von der Persönlichkeit, von ihrer Einstellung zu den besonderen Umständen, unter denen das Unfallereignis sie trifft, sowie von Einflüssen ihrer augenblicklichen Gesamtverfassung. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Reaktion wird sich nur in den ganz vereinzelten Fällen nicht ausschließen lassen, in denen endogene Verstimmungszustände unmittelbar durch den Unfall psychisch provoziert erscheinen.

Braun-München: „Über die Permeabilität der Meningen".

Vortragender bespricht zunächst die *Walter*schen und *Hauptmann*schen Untersuchungen und vergleicht mit deren Resultaten die eigenen, die mit der *Walter*schen Methode gewonnen worden sind. Während seine Resultate bei Psychopathen, Progressiver Paralyse, grob-organischen Gehirnerkrankungen und symptomatischen Psychosen mit denen der beiden Autoren übereinstimmen, ergibt sich für die Schizophrenien ein wesentlicher Unterschied.

Von den 28 untersuchten Fällen zeigten nur zwei eine Erniedrigung der Permeabilität, wie *Walter* und *Hauptmann* sie regelmäßig gefunden haben, 17 normale Permeabilität und 9 erhöhte Permeabilität. Vortr. erklärt diese Tatsache mit der Besonderheit seiner Fälle, die zum großen Teil einfache Defektzustände, zum Teil ganz frische Fälle und zum Teil alte Fälle mit leichten akuten Symptomen umfassen. Er hält die *Hauptmann*schen Hypothesen über die Entstehung von Erkrankungen des Zentralnervensystems für verfrüht, solange eine genauere Kenntnis des Mechanismus der Blut-Liquorschranke fehlt. Es ist nicht bekannt, ob die Veränderung der Permeabilität der Meningen den Erkrankungen wirklich voran geht. Die Bromprobe führt ja auch nur zur Kenntnis einer Komponente des sicherlich sehr komplexen Vorgangs. Er erhofft dagegen mehr von den Versuchen *Walters*, die Resultate der Permeabilitätsprüfung für die Differentialdiagnostik nutzbar zu machen. Auch für therapeutische Zwecke wird die weitere Untersuchung der Permeabilität der Meningen vielleicht von Nutzen sein. Auf die Notwendigkeit der Erwerbung sehr viel größerer Erfahrungen wird hingewiesen.

Kroiß-Würzburg: „Ersatz der Lumbalpunktion durch die Zisternenpunktion".

Nach kurzer Schilderung der bekannten Nachteile der Lumbalpunktion, unter denen er besonders die starken Nachwehen, ihre Gefähr-

lichkeit bei ambulanter Durchführung und bei Tumoren besonders der hinteren Schädelgrube hervorhebt, berichtet der Vortragende über seine Erfahrungen mit der Zisternenpunktion. Ihre Technik hat er etwas verändert (vgl. *Kroiß-Dielmann*, M. M. W. 1926, Nr. 30). Er kommt zu folgendem Schluß: Genügende Übung und einwandfreie Technik vorausgesetzt, ist sie kaum gefährlicher als die Lumbalpunktion. Sie ist in viel geringerem Maße von Nachwehen gefolgt und kann ambulant ausgeführt werden. Aus Leichenversuchen, die er kurz schildert, glaubt er sich zu dem Schluß berechtigt, daß sie bei Tumoren, besonders der hinteren Schädelgrube, wesentlich ungefährlicher ist als die L. P., da durch die Z. P. vor allem eine Entlastung des Ventrikelsystems einzutreten scheint. Eine entsprechende psychologische Bearbeitung vorausgesetzt, hat sie bei Anwendung von Lokalanästhesie auch bei „Neurotikern" niemals zu unerwünschten Reaktionen Veranlassung gegeben.

Mit Dank an die Vortragenden, an Herrn Obermedizinalrat Dr. *Harlander* für die örtlichen Vorbereitungen und an die Kreisvertretung Schwabens für die gastliche Aufnahme schließt der Vorsitzende die Tagung.

Weber-Haar.

Kleinere Mitteilungen.

Psychiatrischer oder psychologischer Sachverständiger?[1])

Von Prof. Dr. **E. Rittershaus**, Hamburg.[2])

Der Aufsatz „Wie lange noch — —?“ von Professor Dr. *R. Herbertz*, Bern, in den Leipziger Neuesten Nachrichten vom 22. XII. 26 enthält mehrere Schlußfolgerungen, die nicht unwidersprochen bleiben dürfen.

Zunächst erscheinen die dort erhobenen Forderungen so einleuchtend und selbstverständlich, daß sich jedermann höchst erstaunt fragt, warum sie denn noch nicht allgemein in Wirklichkeit umgesetzt worden seien. Tatsächlich liegen aber die Dinge doch wesentlich anders.

Das hier in Betracht kommende Gebiet ist, wie der Verfasser sehr richtig sagt, ein Grenzgebiet zwischen Psychiatrie und normaler Psychologie.

Bei der Berücksichtigung dieser Tatsache darf man aber die historische Entwicklung der ganzen Frage, sozusagen die Forschungsgeschichte dieses Grenzgebietes, nicht außer acht lassen. Die normale Psychologie stand bis vor wenigen Jahren noch fast durchweg im Banne der überragenden Persönlichkeit *Wundts*, und ihr Arbeitsgebiet war in erster Linie die physiologische Psychologie, also die Erforschung von Einzeltatsachen des Seelenlebens. Erst ganz allmählich und eigentlich erst nach dem Kriege hat man sich in größerem Umfange den Fragen der Gesamtpersönlichkeit zugewandt; auf diesem Wege kam man dann auch auf jenes Grenzgebiet, und erst in allerletzter Zeit wurde dann von psychologischer Seite immer häufiger der Ruf nach dem psychologischen Sachverständigen vor Gericht erhoben.

Von psychiatrischer Seite dagegen wurde dieses Grenzgebiet schon seit vielleicht 30 Jahren intensiv bearbeitet, ja die ganze sogenannte „Tiefenpsychologie“ geht letzten Endes auf Ärzte zurück. Es ist wohl kaum nötig, in diesem Zusammenhange noch die Namen *Breuer*, *Freud*, *Bleuler*, *Jung*, *Adler*, *Schilder* zu nennen, von vielen anderen ganz zu schweigen; auf der anderen Seite ist die Anwendung psychologischer Untersuchungsmethoden in der Psychiatrie ebenfalls seit über 30 Jahren eine Selbstverständlichkeit. *Kraepelin* war es, der die *Wundt*schen Untersuchungsmethoden auf die Psychiatrie übertrug, die Namen *Aschaffenburg*, *Weygandt*, *Specht*, *Bumke*, *Gregor*, um nur aufs Geratewohl einige herauszugreifen, sind ein Beweis dafür, wie eingehend von psychiatrischer Seite auf diesem Grenzgebiete gearbeitet wurde, auf

---

[1]) Leipziger Neueste Nachr.: vom 27. 1. 27 (mit Erlaubnis der Redaktion nachgedruckt).

[2]) Reichsverband, Presseausschuß.



dem schon eine riesengroße und kaum mehr zu übersehende Literatur vorhanden ist.

Psychologische Forscher, die ebensoweit in das Gebiet der Psychiatrie eingedrungen wären, wie umgekehrt die Psychiater dies auf dem Gebiete der Psychologie getan, gibt es nicht, abgesehen von den wenigen Psychologen, die von der Psychiatrie herkommen, wie etwa *Ziehen*, *Jaspers* und einige wenige andere, doch bestätigen nur solche Ausnahmen die Regel.

Das ist auch nur natürlich. Für den Psychiater ist Psychologie selbstverständliche Voraussetzung, ebenso wie für jeden Arzt die normale Anatomie und Physiologie.

In jeder psychiatrischen Vorlesung geht man — der eine Lehrer vielleicht etwas mehr, der andere etwas weniger, — auf diese notwendigen Grundlagen ein, und jeder Arzt, der darüber hinaus das Gebiet der Psychiatrie zu seinem Sonderfache erwählt, muß sich dann noch persönlich eingehend mit diesen Dingen beschäftigen, wenn er anders wirklich Anspruch auf den Namen eines gut durchgebildeten Facharztes erheben will.

Daß es hier heute noch Ausnahmen gibt, daß hier noch vieles zu bessern ist, sei unumwunden zugegeben, aber es geht vorwärts auf dieser schon seit langem beschrittenen Bahn, und der Zeitpunkt ist durchaus abzusehen, an dem jeder Psychiater eine ziemlich weitgehende normalpsychologische Vorbildung haben wird, — insbesondere auch in „Tiefenpsychologie". —

Und bei dem normalen Psychologen? —

Wer von diesen hat sich überhaupt jemals praktisch mit Psychiatrie befaßt? Und wenn er es getan, hat er die Möglichkeit, sich mit den Fortschritten dieses Gebiets auf dem laufenden zu halten? Hat er jemals Berührung mit lebendem Krankenmateriale gefunden, und sollte dies wirklich der Fall gewesen sein, hat er irgendeine Möglichkeit, diese Berührung laufend aufrechtzuerhalten?

Alle diese Fragen stellen, heißt sie schon beantworten, die obenerwähnten wenigen Ausnahmen ändern an diesen Tatsachen nichts.

Und nun kommt das hier grundsätzlich Wichtige, die außerordentliche Gefahr, die hier droht, und an der die Psychologen vorüberwandeln, wie der Blinde an einem Abgrund.

Normales und krankhaftes Seelenleben greifen derart ineinander über, daß eine scharfe Grenze überhaupt nicht zu ziehen ist.

Nicht nur, daß vieles, was noch durchaus innerhalb normaler Grenzen sich abspielt, nichts anderes ist als eine abgeschwächte Form von krankhaften Vorgängen, mit ihnen an sich aber vollkommen wesensgleich und nur bei genauer Kenntnis dieser verständlich, es gibt auch viele Dinge im normalen Seelenleben, die den Laien noch vollkommen normal anmuten, die aber durchaus krankhaft sind und nur psychiatrisch beurteilt werden können.

Es würde zu weit führen, im einzelnen darzulegen, welche Fülle von Möglichkeiten und Zusammenhängen hier vorhanden ist, nur an die vorübergehenden und zur Zeit der Untersuchung schon längst wieder abgeklungenen krankhaften Erscheinungen sowie an den Alkohol sei erinnert. Mit anderen Worten, zu jeder psychologischen Beurtei-

lung eines Täters ist eine vollkommene Beherrschung der gesamten Psychiatrie unumgängliche Voraussetzung, und sei es nur, um die Mitwirkung krankhafter Faktoren auszuschließen.

Wenn also eine psychologische Beurteilung durch einen Fachpsychologen überhaupt stattfinden soll, so ist dies nur möglich, nachdem eine eingehende psychiatrische Begutachtung vorausgegangen ist und nur fußend hierauf oder als Ergänzung des psychiatrischen Gutachtens. Noch besser aber, die Begutachtung bleibt in einer Hand, denn das Seelenleben eines Menschen läßt sich eben nicht so streng schematisch aufteilen, — dann aber ist nur der dazu berufen, der beide Gebiete in vollem Umfange beherrscht, das der Psychiatrie und das Grenzgebiet der „Tiefenpsychologie". Die Zahl der Psychiater, die hierzu befähigt sind, ist außerordentlich groß, Lücken in ihren Reihen werden ohne weiteres zugegeben, und all unser Bestreben muß sein, diese Lücken zu schließen. Die Zahl der Psychologen aber, die beide Gebiete wirklich beherrschen, ist verschwindend klein, diese Tatsache kann nicht bestritten werden, sie zu ändern ist in absehbarer Zeit nicht möglich. Ein naives Dilettieren auf dem Gebiete der Psychiatrie ist aber ebenso schlimm als vollkommene Ahnungslosigkeit, es müßte sich fürchterlich rächen und in Form schwerster Justizirrtümer auswirken [1]).

In Rußland erscheint seit 1925 unter der Redaktion und nächster Mitwirkung von Priv.-Doz. Dr. *G. W. Segalin* (Swerdlowsk) und Dr. *Joh. S. Galant* (Moskau) ein „Klinisches Archiv der Genialität und Begabung (Europathologie)". Das Archiv stellt sich zur Aufgabe, Fragen und Probleme der genialen Persönlichkeit und der genialen Schöpfungen vom Standpunkte der Zerebrologie, Endokrinologie, Psychologie, Psychopathologie, Psychiatrie, Erbbiologie usw. zu beleuchten und nach Möglichkeit zu lösen. Beim Eintritt in das dritte Jahr seines Erscheinens erweitert das Archiv Programm und Umfang, und die Redaktion wird gerne auch deutsche Kollegen unter den Mitarbeitern des Archivs sehen. Manuskriptsendungen werden erbeten an

Priv.-Doz. Dr. *G. W. Segalin*, Weiner 46, Swerdlowsk
oder Dr. *Joh. S. Galant*, Dajew 6/II, Moskau.

Die deutsch verfaßten Arbeiten werden von der Redaktion ins Russische übersetzt, und es wird für baldiges Erscheinen der zugesandten Arbeiten gesorgt.

Dr. *Ilberg* in Sonnenstein bei Pirna (Sachsen) bearbeitet die 8. Auflage des *Lähr*schen Buches: Die Anstalten für Psychisch- und für Nervenkranke in Deutschland, Österreich und der Schweiz, und hat einer großen Anzahl dieser Anstalten Fragebogen über Krankenzahl, Namen der Ärzte, Anzahl der Pfleger und Schwestern usw. übersandt. Die Anstalten für Psychischkranke und für Nervenkranke, die den Fragebogen nicht er-

[1]) Vgl. auch Monatsschr. f. Krim. anthropol. u. Strafrechtsref. Bd. 17 S. 309.



halten haben, einschließlich der Anstalten für Trinker und psychopathische Kinder, werden dringend gebeten, einen solchen bei Dr. *I.* anzufordern und recht bald zurückzusenden.

Kassenabschluß

der Kasse des Deutschen Vereins für Psychiatrie für die Zeit vom 1. April 1926 bis 31. März 1927.

Kassenbestand am 1. April 1926 (vgl. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 86, Heft 1/2, S. 123)	1 582,91	RM.
A. Einnahmen:		
1. Mitgliederbeiträge	3 479,39	„
2. Zinsen für das Kalenderjahr 1926	115,83	„
Gesamteinnahme	5 178,13	RM.
B. Ausgaben:		
1. Auslagen des Schriftführers für Porto, Druckkosten, Schreibhilfe usw.	413,—	RM.
2. Auslagen des Schatzmeisters für Porto, Druckkosten, Schreibhilfe usw.	238,30	„
3. Gerichts- und Notariatsgebühren	87,70	„
4. Beitrag für die Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie, München	2 000,—	„
5. Reisekosten der Vorstandsmitglieder usw.	828,90	„
6. Druckkosten	355,55	„
7. Kosten der Düsseldorfer Versammlung	180,08	„
Gesamtausgabe	4 103,53	RM.

Gesamteinnahme	5 178,13	RM.
Gesamtausgabe	4 103,53	RM.
Bestand am 31. März 1927	1074,60	RM.

Außerdem befinden sich im Gewahrsam des Schatzmeisters:

1. 4 Anleiheablösungsschuldscheine des Deutschen Reichs mit den dazugehörigen Auslosungsscheinen im Gesamtbetrage von	187,50	RM.
2. 1 Sparkassenbuch der Stadtsparkasse Treptow a. R. über	10 192,50	PM.
3. Preußische Landschaftl. Zentral-Pfandbriefe im Gesamtbetrage von	5 500,—	M.

Treptow a. Rega, den 2. April 1927.

I. V. des Schatzmeisters:
Dr. *Mercklin*.

Die diesjährige Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte wird vom 15. bis 17. September in Wien im Anschluß

an die Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie (13. und 14. September) abgehalten werden. Das Referatthema lautet: Anatomie, Physiologie und Pathologie des sensiblen Systems. Referenten: *Wallenberg* (Danzig), *v. Frey* (Würzburg), *v. Weizsäcker* (Heidelberg), *Schwab* (Breslau).

Personalnachrichten.

Nekrolog *August Hegar*. Am 4. September 1926 starb in Oberried bei Freiburg an Arteriosklerose Medizinalrat Dr. *August Hegar*, Oberarzt und Direktorstellvertreter an der Heilanstalt in Emmendingen. Dr. *August Hegar*, geboren am 28. Mai 1866 in Freiburg i. Br. als Sohn des berühmten Freiburger Gynäkologen Geheimrats Dr. *Alfred Hegar*, bildete sich nach dem Staatsexamen in Marburg bei *Cramer* sen. und *Tuczek* in der Psychiatrie und darnach bei *Erb* in Heidelberg in der inneren Medizin und Neurologie aus. Sodann trat er im Jahre 1905 unter *Heinrich Schüle* in Illenau in den badischen Anstaltsdienst ein, dem er bis zu seinem Tode treu blieb. In den folgenden 10 Jahren in Illenau wurde *Hegar* der wissenschaftlich und praktisch tüchtige und in allen Teilgebieten gründlichst bewanderte Psychiater, als den ihn seine Bekannten und Freunde, seine Kollegen und Tausende von Kranken, die ihm anvertraut waren, schätzten. Im Jahre 1905 erging an ihn der Ruf, dem zum Direktor der neuen Heilanstalt Wiesloch ernannten Dr. *Max Fischer* als zweiter Arzt und Direktorstellvertreter zu folgen. In dieser Eigenschaft ist Dr. *Hegar* siebzehn arbeitsreiche Jahre hindurch in Wiesloch tätig gewesen und hat den ganzen Aufbau und die innere Organisation als erster Mitarbeiter des Direktors mitgemacht; er trägt ein großes Verdienst an der Ausgestaltung des ärztlichen und des Pflegepersonaldienstes. Im Jahre 1922 ließ er sich in gleicher Eigenschaft an die Heilanstalt in Emmendingen versetzen.

August Hegar, der in seiner Wesensart viel vom Vater hatte, verband mit durchdringendem Verstand, seltener Sachlichkeit und Objektivität eine aufs feinste ausgebildete Beobachtungs- und Untersuchungsgabe, eine erstaunliche Sicherheit in der Diagnosenstellung, eine von Erfahrung und eingehendem Einzelstudium wie auch von ärztlicher Intuition getragene Kunst der Behandlung sowohl auf somatischem wie auf speziell psychotherapeutischem Gebiet. Wohltuende Ruhe und Selbstbeherrschung, vertrauenerweckende Bestimmtheit zeichnete ihn im Verkehr mit den Kranken wie in seinen Anordnungen und in der Leitung des Pflegepersonals aus. Auf diese Weise war er ein ebenso tüchtiger Abteilungsarzt wie ein zuverlässiger Berater seiner jüngeren Kollegen, deren viele ihm die Einführung in die klinische und praktische Psychiatrie verdanken, ein „Schatzkästlein des guten Rates in allen psychiatrischen Fragen". Auch der Anstaltsdirektor schätzte in ihm den stets verläßlichen ersten Mitarbeiter, mit dem er jede aufkommende Frage nicht nur beraten, sondern von dem er jederzeit auch eine feste und gutbegründete Stellungnahme erwarten konnte.

Als forensischer Sachverständiger war Dr. *Hegar* vorbildlich und unerreicht; seine Gutachten sind klar und überzeugend in der Darstellung des Sachverhalts und in der Erfassung der Gesamtpersönlichkeit des Täters,

ohne unnötige Ausführlichkeit, schlüssig in der zusammenfassenden Begründung und Beurteilung; es ist ein Genuß, seine wichtigeren Gutachten zu lesen.

Trotz der praktischen Arbeit, in der Dr. *Hegar* in Illenau und besonders in Wiesloch stand, hat er sich nicht nur ständig wissenschaftlich fortgebildet, sondern auch eine Reihe von eigenen gründlichen und feinsinnigen Arbeiten veröffentlicht; man wußte von ihm immer, daß er etwas Neues unter der Feder hatte. Ein besonders gründlicher Kenner war er auf dem Gebiet der „geisteskranken Verbrecher". In *Hegar* verliert unsere Zeitschrift einen treuen Mitarbeiter.

Alles in allem eine in sich geschlossene, überaus wertvolle Persönlichkeit von reinem und gefestigtem Charakter, von unbedingter Zuverlässigkeit und Gründlichkeit im Forschen wie in der Ausübung der ärztlichen Kunst, ein Psychiater, wie ein Direktor ihn sich als Mitarbeiter nicht besser wünschen kann.

Veröffentlichungen:

„Temperaturbeobachtungen bei weiblichen Geisteskranken mit besonderer Berücksichtigung der physiologischen Wellenbewegung." Unsere Zeitschr. Bd. 56, 1899. — „Zur Frage der sogenannten Menstrualpsychosen." Ebenda Bd. 58, 1901. — „Die Behandlung der Obstipation der Geisteskranken als Gegenstand der Irrenpflege." Ztschr. „Die Krankenpflege". II. Jahrg., 1902/03. — „Der Stotterer vor dem Strafrichter." Unsere Ztschr. Bd. 61, 1904. — „Über Arbeitsentlohnung in unseren Irrenanstalten." Ebenda Bd. 63, 1906. — „Charakterveränderungen in der Remission der progressiven Paralyse." Psych.-neurol. Wschr. IX, 1908. — „Unterbringung geisteskranker Rechtsbrecher." I u. II. Unsere Ztschr. Bd. 66, 1906 und Bd. 71, 1913. — „Der Taubstumme als Zeuge vor dem Strafrichter." Ebenda Bd. 70, 1912. — „Beitrag zur Frage der Sterilisierung aus rassehygienischen Gründen." Münch. med. Wschr. 1913. — „Abnorme Behaarung bei weiblichen Geisteskranken." Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 19, 1914. — „Nachruf auf Heinrich Schüle." Psych.-neurol. Wschr. XIX, 1917. — „Darf man während einer Typhusepidemie die Schutzimpfung vornehmen?" Zusammen mit Dr. *Möckel*. Münch. med. Wschr. 1918. — „Eine Tierillusion als Grundlage einer isolierten fixen Wahnidee." Unsere Ztschr. Bd. 75, 1918. — „Ein eigenartiger Fall von Selbstmord durch Ersticken." Psych.-neurol. Wschr. 1921. — „Ludwig Kirn", ein Lebensbild. „Deutsche Irrenärzte" II, 1924.

Max Fischer.

Nekrolog *Albert Imhof*. Am 29. 12. 1926 verstarb in einer Universitätsklinik zu Würzburg der Direktor der 2. unterfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Lohr a. M., Dr. *Albert Imhof*.

Dr. *Imhof* war am 2. 10. 1878 zu Brückenau als Sohn eines Bezirksarztes geboren. Nach Beendigung des Gymnasialstudiums wandte er sich dem Medizinstudium zu, erlangte in Würzburg die ärztl. Approbation und Promotion. Am 14. 7. 1902 trat Dr. *Imhof* als Assistenzarzt in den Dienst der unterfränkischen Kreisirrenanstalt Werneck, an der schon sein Vater als Assistenzarzt vorübergehend tätig war. Am 1. 3. 1909

wurde Dr. *Imhof* zum Anstaltsarzt an die oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt Gabersee befördert, von wo aus er am 1. 10. 1912 in gleicher Stellung an die damals neu eröffnete Anstalt Haar bei München berufen und hier am 1 1. 1913 zum Oberarzt befördert wurde. Zu seinen Dienstaufgaben gehörte hauptsächlich die ärztliche Betreuung des dortigen Kinderhauses und im Zusammenhange damit die Aufsicht über die Schwachsinnigenfürsorge in den oberbayerischen Wohltätigkeitsanstalten; zuletzt war ihm die Führung der 1924 errichteten Beratungs- und Fürsorgestelle für Geisteskranke in München übertragen. Während des Weltkrieges war Dr. *Imhof* als Landsturmarzt am Reservelazarett der Anstalt Haar tätig. Am 1. 7. 1925 wurde Dr. *Imhof* zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Lohr a. M. berufen.

Während seiner Tätigkeit als Direktor wußte er sich dank seiner vornehmen Denkungsart, seiner jederzeit freundlichen und humorvollen Einstellung die Sympathien seiner Untergebenen zu gewinnen; in seiner künstlerischen Begabung und dem Sinne für alles Schöne ging er bei Ausschmückung der Krankenräume selbst den ausführenden Organen an die Hand. Den Kranken gegenüber hielt er die Tradition der alten Wernecker Schule, die von *Bernhard v. Gudden* begründet war, aufrecht, so daß die Kranken ihn als ihren väterlichen Freund betrachteten. Die Trauer in der Anstalt war allgemein, als die Kunde vom Ableben des Direktors eintraf.

Daß Direktor Dr. *Imhof* auch außerhalb der Anstalt in Lohr selbst sich durch seine musikalischen Fähigkeiten und sein gesellschaftliches Wesen während seines nur $1^1/_2$ Jahre langen Weilens größter Beliebtheit erfreute, davon zeugte die große Beteiligung der Lohrer Beamtenschaft bei den Beerdigungsfeierlichkeiten in Würzburg.

In der Anstalt konnte Direktor Dr. *Imhof* zu seiner Freude noch erleben, wie sich die Malariabehandlung der Paralyse auswirkte und wie die neuzeitliche Arbeitstherapie, zu der er den Grund noch legte, sich aus ihren Anfängen heraus entwickelte. Ein großes Arbeitsfeld lag noch vor ihm; die Einrichtung der externen Fürsorge für entlassene Geisteskranke, der Ausbau der Fürsorge für geistig-minderwertige Kinder in Unterfranken harrte seiner. Für den Kreis Unterfranken bedeutet der vorzeitige Tod des Direktors Dr. *Imhof* einen empfindlichen Verlust. Nicht weniger groß ist der Verlust, den die Gesamtheit der bayerischen Irrenärzte erleidet, da ein Mann, der auf dem Gebiete der ärztlichen Versorgung geistig-minderwertiger Jugendlicher hervorragend gewirkt hat, all seine reichen Erfahrungen mit ins Grab genommen hat.

Wir werden seiner immer in Ehren gedenken.

Stoeckle-Lohr a. M.

In den Ruhestand gingen:

Geh. Sanitätsrat Dr. *Schneider*, Direktor der Provinzialheil- und Pflegeanstalt Osnabrück und

Dr. *Zengerly*, I. Oberarzt an der Landesanstalt Eberswalde.

Versetzt wurden:

Oberarzt Dr. *Fritz Braunert*-Ückermünde in die Provinzialheil- und Pflegeanstalt Lauenburg als stellvertretender Direktor,

Oberarzt Dr. *Erwin Lauschner*-Treptow an die Provinzialheil- und Pflegeanstalt Stralsund,

Dr. *M. Hohl*-Regensburg als Oberarzt an die Antalt Klingenmünster und

Professor D. *Scharnke*-Marburg an die psychiatrische Klinik Rostock. —

Der 100. Geburtstag des französischen Psychiaters *Pinel* wurde unter dem Protektorat des französischen Präsidenten in großem Stil gefeiert.

Ernannt wurden:

Dr. *Jach* zum Direktor der Heilanstalt Pfafferode bei Mühlhausen,

Oberarzt Dr. *Stöckle* zum Direktor der Provinzialanstalt Lohr,

Oberarzt Dr. *Kluth*-Stralsund zum stellvertretenden Direktor,

Privatdozent für soziale Medizin Dr. *H. Hayek*-Innsbruck,

Privatdozent Dr. *Hermann Hoffmann*-Tübingen zum a. o. Professor und

Privatdozent Dr. *Birnbaum*-Berlin zum nichtbeamteten a. o. Professor.

Professor Dr. *Vorkastner*-Greifswald hat den Ruf als Ordinarius für gerichtliche Medizin in Frankfurt a. M. angenommen.

Professor Dr. *Ziemke* übernimmt wieder die Direktion des gerichtlichmediz'nischen Instituts in Kiel.

Dr. *Heinrich Kogerer*-Wien hat sich für Psychiatrie u. Neurologie habilitiert.

Ernannt wurde zum Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Osnabrück der 1. Oberarzt dieser Anstalt Dr. *Reinelt.*

Verstorben:

Geheimer Sanitätsrat Dr. *Zander*, Stralsund, früher Direktor der Provinzialanstalt Rybnik i. Schl.,

Obermedizinalrat Professor Dr. *Heinicke*, Direktor der Landeserziehungsanstalt Chemnitz-Altendorf und

Direktor Dr. *Stolzenburg* in Göttingen.

Fortsetzung von Seite 2 des Umschlages.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Fortsetzung auf Seite 4 des Umschlages.

Fortsetzung von Seite 3 des Umschlages.

Kleinere Mitteilungen.

Die Irrengesetzgebung in Deutschland

nebst einer vergleichenden Darstellung des Irrenwesens in Europa

(Für Ärzte, Juristen und gebildete Laien)

von

Professor Dr. E. Rittershaus

Hamburg-Friedrichsberg

Ergänzungsheft zum 86. Band
der
Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie



Berlin und Leipzig 1927

Verlag von Walter de Gruyter & Co.

vormals G. J. Göschen'sche Verlagshandlung — J. Guttentag, Verlagsbuchhandlung — Georg Reimer — Karl J. Trübner — Veit & Comp.

Inhaltsübersicht.

I. Einleitung.

Trotzdem der augenblicklich den preußischen gesetzgebenden Faktoren vorliegende Entwurf eines Irrenfürsorgegesetzes wahrscheinlich in ziemlich unveränderter Form die Zustimmung der Volksvertretung finden wird und möglicherweise bei Erscheinen der nachstehenden Ausführungen schon Gesetz geworden ist [1]), dürfte es doch vielleicht nicht überflüssig sein, die ganze Frage noch einmal zusammenhängend darzustellen.

Der vorliegende preußische Gesetzesentwurf erfüllt auf der einen Seite keineswegs alle Wünsche der Fachleute, auf der anderen Seite wird er von allen Anhängern der sogenannten „Irrenrechtsreformbewegung" als ganz ungenügend auf das heftigste bekämpft, sodaß die Bestrebungen nach einer Änderung des Gesetzes wohl sobald nicht verstummen werden. Ferner wird voraussichtlich ein heftiger Kampf einsetzen um die Ausführungsbestimmungen zu diesem Gesetze, die bei der zum Teil recht dehnbaren Fassung desselben je nach ihrer Einstellung zu der ganzen Frage die praktische Anwendung vieler Paragraphen in entscheidender Weise beeinflussen könnten. Vor allem aber steht zu erwarten, daß andere Länder dem preußischen Beispiele folgen und ihre Gesetzgebung der preußischen Regelung anzugleichen suchen, bzw. daß sie, wo kein Gesetz vorhanden ist, ihre seither bestehenden diesbezüglichen verwaltungsrechtlichen Verfügungen durch eine gesetzliche Regelung im Sinne des preußischen Vorbildes ersetzen werden, da nach der Reichsverfassung Artikel 114 die Beeinträchtigung oder Entziehung der Freiheit der Person nur auf Grund von Gesetzen zulässig ist [2]).

Und schließlich muß mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß in absehbarer Zeit auf Drängen der Volksvertretung ein einheitliches Reichsgesetz alle die zum Teil recht verschiedenen einzelstaatlichen Regelungen ablöst.

---

[1]) Vergl. jedoch S. 148.

[2]) Art. 114 Abs. I der Reichsverfassung lautet: „Die Freiheit der Person ist unverletzlich. Eine Beeinträchtigung oder Entziehung der persönlichen Freiheit durch die öffentliche Gewalt ist nur auf Grund von Gesetzen zulässig." — (Vgl. auch Teil VII.)

Bei einer derartigen Entwicklung der Dinge wären nun eine ganze Reihe von Einzelstaaten nicht unerheblich benachteiligt, da sie jetzt schon eine teils gesetzliche, teils administrative Regelung des Problems besitzen, die weit besser, großzügiger, liberaler und moderner ist, als der jetzt vorliegende preußische Gesetzesentwurf. Diese Staaten, es seien nur genannt: Sachsen, Württemberg, Hessen, Mecklenburg, die Hansestädte u. a., würden mit einer derartigen Verschlechterung wohl nicht ohne weiteres einverstanden sein.

Das preußische Gesetz ist ein Kompromiß, mit dem naturgemäß keine der beiden sich bekämpfenden Parteien ganz zufrieden ist, die sachverständigen Fachärzte auf der einen und die Laien, insbesondere die später noch näher zu charakterisierenden Irrenrechtsreformler auf der anderen Seite; es fragt sich eben nur, auf welcher Seite diejenigen sachlichen Gründe liegen, die das größte Gewicht haben. Und wenn die preußischen Irrenärzte diesem Gesetze zunächst zustimmen, weil sie glauben, daß unter den gegenwärtigen Verhältnissen nichts Besseres zu erreichen sei, so kann dies kein Grund dafür sein, nicht doch noch eine idealere Lösung anzustreben.

Die Widerstände gegen eine solche bessere Lösung beruhen zum Teil natürlich auf Vorurteilen und auf einer rein gefühlsmäßigen Einstellung, und diese Gegner zu überzeugen, wäre selbstverständlich ein vergebliches Unterfangen. Bei einer großen Reihe von Männern jedoch, die aus innerster Überzeugung für ein derartiges Gesetz eintreten, und denen vielleicht der vorliegende preußische Entwurf ebenfalls noch lange nicht weit genug geht, liegt der Grund für ihre Stellungnahme in einer durchaus entschuldbaren Unkenntnis der Sachlage und ist letzten Endes nichts anderes als der Ausdruck der allgemeinen Volksmeinung, die in diesem Falle wirklich nicht beanspruchen kann, eine vox dei zu sein.

Also auch an alle diese Kreise, insbesondere auch an Juristen und gebildete Laien wenden sich die nachfolgenden Zeilen; es soll versucht werden, an Hand des vorliegenden Materials de papa male informato ad papam melius informandum zu appellieren und so vielleicht für diejenigen Länder, die eine modernere Regelung des Irrenwesens besitzen, diese zu erhalten, vielleicht aber auch, und das wäre der schönste Erfolg dieser Darlegungen, einem wirklich großzügigen, vorurteilsfreien Reichsgesetze den Weg zu bereiten.

In Teil IX konnte leider aus äußeren Gründen nur eine kleine Auswahl der diesen Ausführungen zugrunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen und administrativen Verfügungen wiedergegeben

werden. Allen Dienststellen, die zu dieser Sammlung ihr Material zur Verfügung gestellt haben, sei auch an dieser Stelle mein verbindlichster Dank ausgesprochen.

Im übrigen braucht wohl nicht besonders betont zu werden, daß in den folgenden Zeilen das Wort „Irrenrecht", bzw. „Irrengesetzgebung" stets nur in dem engeren Sinne gemeint ist, in dem es allgemein gebraucht zu werden pflegt, und daß alle die in den großen Gesetzbüchern des Reiches (B. G. B., Z. Pr. O., St. G. B., Str. Pr. O.) geregelten Fragen des Irrenrechtes im weiteren Sinne hier nicht in den Kreis der Betrachtungen gezogen sind [1]).

In Deutschland wird nun seit Jahren von den weitesten Kreisen nach einer gesetzlichen Regelung des Irrenwesens verlangt; im Hintergrunde dieses Verlangens steht immer wieder die Forderung nach dem Schutze geistig gesunder Personen gegen eine widerrechtliche Internierung in einer Irrenanstalt sowie die Vorstellung, daß derartige Ungeheuerlichkeiten nicht nur häufig schon vorgekommen seien, sondern auch heutzutage noch durchaus in das Bereich der Möglichkeiten gehörten, — eine Meinung, die jeder sachlichen Grundlage entbehrt [2]), die aber immer wieder mit außerordentlicher Leidenschaftlichkeit vertreten wird und leider immer wieder gläubige Anhänger findet.

Sicher ist dabei jedenfalls, daß die ganze historische Entwicklung des Problems sehr viel zu dieser Zuspitzung der Lage beigetragen hat, und es ist wohl infolgedessen nicht unangebracht, zunächst einmal einen kurzen Rückblick auf die Entwicklung der Dinge zu werfen, auf die zahlreichen Strömungen, die auf die Entstehung, namentlich des letzten, jetzt glücklicherweise wieder zurückgezogenen Entwurfes eines Reichsirrengesetzes [3]) und auf seine Gestaltung ganz wesentlich eingewirkt, und die es vermocht haben, jene Atmosphäre zu schaffen, die allein das Zustandekommen eines solchen Entwurfes überhaupt erklärt.

---

[1]) Es ist selbstverständlich, daß auch innerhalb dieses engeren Rahmens nicht jede Einzelheit aus der Fülle der auftauchenden Fragen ausführlich besprochen werden konnte, namentlich nicht bei der Übersicht über die Gesetze der außerdeutschen Länder, sollte nicht dieser Abschnitt einen allzugroßen Umfang annehmen. Doch ist hier jeweils durch Literaturnachweis die Möglichkeit gegeben, über alles Wissenswerte sich eingehender zu unterrichten.

[2]) Vergl. auch Nachtrag S. 257.

[3]) Vgl. Teil V.

II. Die Vorgeschichte der letzten Gesetzesentwürfe in Deutschland.

Die Vorgeschichte der ganzen Frage reicht weit zurück. Die nachstehenden Darlegungen folgen für die ältere Zeit im wesentlichen den vorzüglichen Ausführungen in dem Werke von *Bernhard Beyer*[1]), ein Buch, das eigentlich jeder gelesen haben sollte, der sich mit diesen Fragen näher befaßt.

In älterer Zeit, etwa vor 100 Jahren und noch früher, waren die Irrenanstalten, wie auch heute noch in manchen Ländern, nichts als eine Konsequenz aus dem Egoismus der Massen, geschaffen allein zu dem Zwecke, sich unbequemer und unsozialer Elemente zu entledigen. Sie waren Verwahrungshäuser, meist räumlich verbunden mit Zuchthäusern und Strafanstalten, oder doch vielfach aus solchen hervorgegangen.

Im Laufe des letzten Jahrhunderts trat hier aber allmählich eine vollkommene Umstellung ein. Die Irrenanstalten sind heute Krankenhäuser, geschaffen und unterhalten in erster Linie aus altruistischen Motiven: man pflegt dort die Kranken um ihrer selbst, um der Krankheit willen, um sie zu behandeln und zu heilen.

Diese Umstellung umfaßte alle Zweige der Irrenheilkunde, von der psychologischen Vertiefung der Krankheitsbilder und den Fortschritten der klinischen Erkenntnis bis zur modernsten serologischen und experimental-psychologischen Diagnostik; ferner, noch mehr in die Augen springend, die ganze Umstellung der Behandlungsweise: die grundsätzliche Durchführung des No-restraint-Systemes, der Vermeidung jeglichen äußeren Zwanges, sodann die Bettbehandlung, die ganze moderne physikalische und medikamentöse Heilbehandlung, insbesondere auch neuerdings Luft- und Sonnenbäder, Höhensonne, Turnübungen u. a. m., die Reizkörper- und die Malariatherapie, und schließlich die ganze moderne Psychotherapie mit Hypnose und gegebenenfalls Psychoanalyse.

---

[1]) *Bernhard Beyer*, „Die Bestrebungen zur Reform des Irrenwesens". Material zu einem Reichsirrengesetze. Für Laien und Ärzte. (C. Marhold, Halle 1912.)

Die Konsequenz dieser vollkommenen Umstellung war zunächst eine außerordentliche Ausdehnung des Kreises derjenigen Kranken, denen eine Anstaltsbehandlung zuteil wurde, und damit als weitere Folge eine außerordentliche Zunahme der in den Anstalten verpflegten Kranken, eine scheinbare Zunahme der Geisteskrankheiten überhaupt.

Diese scheinbare Zunahme wurde zu einer wirklichen nicht zuletzt auch dadurch, daß, statistisch nachgewiesen, die Lebensdauer vieler Kranken durch eine geordnete Anstaltspflege nicht unwesentlich verlängert wurde. Man mag das theoretisch, von volkswirtschaftlichem Standpunkt aus, bedauern, — rein ärztlich bedeutet es einen außerordentlichen Erfolg, auf den die Irrenärzte ein Recht haben, stolz zu sein, und für den ihnen wohl die Mehrzahl aller derjenigen danken wird, die das Unglück haben, einen ihrer Angehörigen der Anstaltspflege übergeben zu müssen. In der Praxis sind eben diese affektiven Bindungen, diese Bande des Blutes doch stärker als alle noch so schönen volkswirtschaftlichen Überlegungen, und die alte warmherzige Ethik des ärztlichen Berufes hat sich bis jetzt noch als stärker erwiesen als alles kühl rechnende Verlangen nach der Vernichtung „lebensunwerten Lebens". Dazu kommen die beständigen Fortschritte der Wissenschaft, die u. U. plötzlich ein Heilmittel findet für seither für unheilbar gehaltene Erkrankungen [wie noch kürzlich die bereits erwähnte Malariabehandlung der Paralyse], ein Umstand, der bei allen jenen Fragen sehr ins Gewicht fällt.

Aber ganz abgesehen von allen diesen theoretischen Erwägungen — die Tatsache selbst besteht, daß die Zahl der in Irrenanstalten verpflegten Geisteskranken außerordentlich anstieg. Eine notwendige Folgeerscheinung von alledem war eine Zunahme der Irrenanstalten in Deutschland, und man kann sagen, daß vielleicht 90 % sämtlicher jetzt in Deutschland bestehenden Anstalten im Laufe der letzten 40 Jahre entweder ganz neu gebaut oder doch durch weitgehende Neu- oder Umbauten von Grund auf umgestaltet wurden, und daß man auch bei den übrigen nach Möglichkeit versuchte, sie den neuen Grundsätzen anzupassen. Das Ergebnis dieser großzügigen Reorganisation ist derartig, daß Deutschland in seinen Anstaltsbauten nicht nur den Vergleich mit sämtlichen Ländern der alten und neuen Welt nicht zu scheuen hat, sondern in seinem Irrenwesen vielleicht an der Spitze aller Nationen marschiert, jedenfalls aber in diesem wichtigen kulturellen Punkte, der ein feiner Gradmesser für den Stand einer Kultur überhaupt ist, die meisten Länder unserer Feinde im Weltkriege, so namentlich Rußland, Frankreich, Belgien und Italien, weit übertrifft.

Es sei hier nur verwiesen auf die eingehende Schilderung von Bresler: „Deutsche Heilanstalten in Wort und Bild", auf den „Sammelatlas über den Bau von Irrenanstalten" [1]) sowie auf die Zusammenstellung von *Pandy*: „Die Irrenfürsorge in Europa" [2]) und auf die „Fortschritte des Irrenwesens" von *Werner* [3]) u. a. m.

Diese ganze Entwicklung ging aber nun gewissermaßen unter dem Ausschlusse der Öffentlichkeit vor sich. Vielleicht ist es eine tragische Schuld der deutschen Irrenärzte, daß sie nicht mehr mit diesen Fortschritten in die Öffentlichkeit hinausgetreten sind und, ganz vulgär ausgedrückt, nicht genügend Reklame für sich gemacht haben. Es war sicherlich vornehme Zurückhaltung und Bescheidenheit mit der Grund, daß sie in dieser Weise unbewußt den Anschluß an die Volksmeinung versäumt haben; die Fülle der neuen Aufgaben ließ ihnen wohl auch keine Zeit dazu.

Vielleicht kommt hier noch ein Umstand hinzu, auf den man unseres Wissens seither noch nicht genügend geachtet hat. Die alten Irrenanstalten zu Beginn des 19. Jahrhunderts und früher, aber auch später, kurz vor und während der Umstellung, waren, an unseren heutigen Begriffen gemessen, tatsächlich Orte des Schreckens; man braucht nur an die Darstellungen von *Kaulbach*, *Goya* und anderen zu denken. Aber auch damals kamen schon — und zwar sicherlich in steigender Zahl — Kranke in die Anstalt, bei denen kein Zerfall der geistigen Persönlichkeit eingetreten — wir sagen heute „homonome" Erkrankungen —, heilbare Fälle, — Manische, — agitierte, verwirrte Melancholien, — psychogene Erregungszustände u. a. m., — Kranke, die nach ihrer Heilung und Entlassung den „Makel" einer solchen Anstaltsbehandlung doppelt schwer empfanden, die sich — und nicht mit Unrecht — über das in der Anstalt Erlebte entsetzten und durch ihre Schilderungen und ihre Angst vor einer nochmaligen Anstaltsaufnahme im Falle einer erneuten Erkrankung sicherlich viel zu den Vorstellungen beigetragen haben, die man sich von einer Irrenanstalt machte. Alles das klingt sicherlich heute noch im Volke nach, verhindert die gerechte Würdigung der inzwischen eingetretenen grundlegenden Änderung und gibt den alten, heute nicht mehr berechtigten Meinungen ihre zähe Kraft. —

---

[1]) Beide bei Marhold, Halle 1910, 1912, 1914.

[2]) Berlin, G. Reimer, 1908.

[3]) *G. Werner*, „Über Fortschritte des Irrenwesens". Psych-neur. Wochenschr. Bd. 13, S. 297ff.

Tatsache ist jedenfalls, daß das Verständnis des großen Publikums mit der ganzen Entwicklung nicht Schritt gehalten hat; auch heute gilt nur der als psychisch krank, der entweder tobsüchtig oder gemeingefährlich oder vollkommen verblödet ist, ganz entsprechend der Volksmeinung vor etwa 200 oder 300 Jahren; alles andere wird euphemistisch als „nur nervös" bezeichnet und gehört nach Meinung weiter Kreise nicht in eine Anstalt, in die Anstalt, wie man sie sich denkt. —

Auf diesem Boden erwuchs nun eine ausgedehnte antipsychiatrische Bewegung, über deren Schilderung man das Motto setzen könnte: „Calumniare audacter, semper aliquid haeret!"

Zunächst ergoß sich über Deutschland in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts und später, vereinzelt aber auch schon vorher, eine Fülle von Broschüren querulierender Geisteskranker, die glaubten, zu unrecht entmündigt oder in einer Anstalt zurückgehalten worden zu sein; ferner beteiligten sich an dieser Literatur „weltfremde Phantasten" oder „sensationslüsterne Geschäftsmacher". *Beyer* hat sich in seinem erwähnten Buche der großen und verdienstvollen Aufgabe unterzogen, alle derartigen ihm zugänglichen Schriften aktenmäßig nachzuprüfen, und es ist geradezu erschreckend, welche Fülle von objektiven Unrichtigkeiten, Entstellungen und mehr oder weniger bewußten Fälschungen in diesen Broschüren enthalten ist. Alle die Namen, die später in der ganzen antipsychiatrischen Bewegung eine Rolle spielen, sind hier im Lichte der Wahrheit beleuchtet und gewinnen so plötzlich ein ganz anderes Aussehen: die „Irrenrechtsreformer" Schröder, Brücker, Kretzschmer, Burkhardt, Moll u. a. m. sowie die „widerrechtlich Internierten", von Julius Robert Meyer angefangen über Krauß, Beckmann, Morris de Jonge, Fürst Sulkowski bis zu Krüner und wie sie alle heißen mögen, werden besprochen und ihre „Fälle" aktenmäßig dargestellt. Es würde zu weit führen, auf den Wust von Unwahrheit und Verleumdung, der in diesen Broschüren enthalten ist, hier näher einzugehen. Es sei auf die Darlegungen von *Beyer* verwiesen.

Auch das ganze Heer der Naturheilkundigen, Kurpfuscher und Impfgegner stürzte sich natürlich mit Freuden auf dies dankbare Gebiet.

Eine Entgegnung auf alle diese Verleumdungen war sehr schwer, einmal hinderte das ärztliche Berufsgeheimnis, der § 300 StGB., die beamteten Ärzte waren auch durch ihre Amtsverschwiegenheit gebunden. Zum Teil war es auch sicherlich ein gutes Gewissen und eine falsche Vornehmheit, die die Gefahren zu gering achten ließen, vielleicht

mag auch die Scheu vor der Presse und ihrer Gehässigkeit mitgespielt haben.

Gerichtliche Beleidigungsklagen erwiesen sich meist als zwecklos, entweder wurden die Verleumder selbst wegen Geisteskrankheit freigesprochen oder es wurde ihnen wenigstens Wahrung berechtigter Interessen und guter Glaube zugebilligt, auch wenn ihre Behauptungen sich vor Gericht als objektiv unrichtig erwiesen hatten; und schließlich wurde dann häufig noch ein derartiger Freispruch in der Presse in entstellter Weise als Triumph der Ärztegegner ausgebeutet, und der Kampf gegen die Hydra konnte von neuem beginnen.

Wichtiger aber als alles das war eine ausgedehnte parlamentarische Aktion, die bald darauf einsetzte. Am 16. III. 92. hatte der Abgeordnete Dr. *Langerhans* Gelegenheit genommen, im Preußischen Abgeordnetenhause eine derartige falsche Pressemeldung richtigzustellen. Im Anschluß daran erhob sich jedoch der Abgeordnete Hofprediger Dr. *Stöcker* und richtete heftige Angriffe gegen das deutsche Irrenwesen. „Viele Fälle", so behauptete er, seien ihm bekannt, in denen geistig gesunde Menschen widerrechtlich in Irrenanstalten zurückgehalten würden, worauf ihm allerdings *Virchow* erwiderte, wenn er sich auf Pressemeldungen stütze, so sei das wohl ähnlich wie die vielen Fälle von „lebendig begraben werden" Scheintoter, von denen noch nie ein einziger objektiv nachgewiesen sei. Doch mit Emphase erklärte *Stöcker*, es seien „ernste wissenschaftliche Werke", deren „Studium" ihn zu seiner Frage in dieser Stellung gebracht hätte, und er sei also doch wohl besser orientiert als *Virchow*. Er war aber dann so unvorsichtig, seine Quelle zu nennen, nämlich das Buch von „Prof. *Schröder*". *Schröder* war zwar kein Professor, wohl aber der Verfasser einer absolut kritiklosen Broschüre, voller Entstellungen und voll der tollsten logischen Entgleisungen, sowie von einer geradezu rührenden Naivität den wirklichen Verhältnissen gegenüber. *Beyer* hat sich auf 26 Seiten seines erwähnten Buches und auch sonst noch an vielen Stellen ausführlich mit diesem Pamphlet auseinandergesetzt und es entsprechend beleuchtet, so daß dorthin verwiesen werden kann [1]). *Beyer* fand dann aber bei dem Studium der Akten auch eine Postkarte, die *Stöcker* an den oben erwähnten Krüner geschrieben hatte. Krüner war ein schwer geisteskranker Querulant, der mit der Wahrheit sehr auf dem Kriegsfuße lebte und dessen Fall *Beyer* ebenfalls ausführlich beleuchtet (S. 365 ff.). Diese Karte lautete:

---

[1]) S. 60 u. a.

„Offenbach, 17. 5. 92.

An Herrn Ewald Krüner, Mettmann, Rheinland.

Ihren Brief habe ich mit der größten Teilnahme gelesen. Ich hoffe noch in dieser Session des Landtages in der Sache etwas tun zu können und würde ganz gerne auch Ihren Fall näher kennenlernen, doch würde ich es lieber sehen, wenn Sie mir denselben genau darstellten, das ist für mich bequemer. Zum Nachstudieren der Akten ist in den vielen Fällen, um die es sich handelt, keine Zeit [1]).

Mit den besten Wünschen Hofprediger Dr. *Stöcker* [2]).“

So sah das Material dieses wichtigen Psychiatergegners aus!

Es folgte der bekannte Aufruf der Kreuzzeitung vom 9. VII. 92 [3]), an dessen Fassung *Stöcker* sicherlich wesentlichen Anteil hatte [4]), und der mit den Worten begann: „Auf keinem Gebiete unseres Rechtslebens ist dem Irrtum, der Willkür und der bösen Absicht ein solcher Spielraum gewährt als auf dem der Irrsinnserklärung.“ Der Aufruf behauptete dann, daß zahlreiche widerrechtliche Internierungen vorgekommen seien, und bezieht sich dabei fast ausschließlich auf solche Fälle, die von *Beyer* später eingehend und aktenmäßig widerlegt worden sind. — „Den als geisteskrank Angeschuldigten ist die Verteidigung so gut wie unmöglich gemacht, dem im Irrenhause Begrabenen ist sie vollständig genommen“, und es wird verlangt, daß die Entscheidung über jede Entmündigung wegen Geisteskrankheit (es war dies vor Einführung des BGB., dieser Ausdruck hat also nicht die dort gebrauchte juristische Bedeutung) „und über jede Internierung in einer Irrenanstalt, sofern es sich nicht um plötzliche gefahrdrohende Fälle handelt, in die Hand einer Kommission unabhängiger Männer gelegt wird, die das Vertrauen ihrer Mitbürger besitzen.“ Diesem letzteren Verlangen, daß eine Art Schöffengericht über die Entmündigung zu entscheiden habe, wurde allerdings bekanntlich in der Gesetzgebung nicht entsprochen.

Der Aufruf trug 111 Unterschriften von zum Teil recht bedeutenden Männern, aber wohl keiner von ihnen hatte auch nur daran gedacht, die aufgestellten Behauptungen einmal objektiv nachzuprüfen, es war

---

[1]) Im Original natürlich nicht hervorgehoben.

[2]) *Beyer*, S. 413.

[3]) Vgl. S. 236.

[4]) Allerdings auch der geisteskranke Querulant de Jonge, dessen Fall *Beyer* ausführlich klarlegt; vgl. auch *Laehr*, Dtsch. med. Wochenschr. 1893, S. 829.

wie eine Art Massensuggestion. — Die sachlichen Darlegungen *Laehrs* [1]) drangen nicht in die weitere Öffentlichkeit. —

Als offenbar von den gleichen Kreisen ausgehend, wäre hier zu erwähnen die Zusammenkunft einer Anzahl „unabhängiger Männer" in Göttingen am 21. XI. 94, die eine Reihe von Leitsätzen aufstellten, und die zwei aus ihrer Mitte, Prof. Dr. *v. Kirchenheim* und Rechtsanwalt *Reinartz* beauftragten, dieselben zu begründen. Das Ergebnis war eine Broschüre „Zur Reform des Irrenrechts", die ebenfalls trotz ihrer Autoren auf jede aktenmäßige Nachprüfung des Materials verzichtete. Zum Teil erschienen immer wieder die gleichen Fälle querulierender Geisteskranker, zum Teil sind es ausländische Fälle, zum Teil sogar anonyme, die natürlich nicht nachgeprüft werden konnten, und schließlich der gleich zu erwähnende Fall Forbes. — Diesem Aufruf erwiderte sehr scharf in der Sitzung des Preußischen Herrenhauses vom 9. VII. 95 der Vertreter des Justizministers, Geheimrat *Vierhaus*, daß kein einziger Fall zur Kenntnis des preußischen Justizministers gekommen sei, und daß, wenn die Herren nicht ganz schlagendes Beweismaterial hinter sich hätten, er die Vorwürfe als ungerechtfertigt zurückweise und nur lebhaft bedauern müsse, daß die Herren ihr Material nicht der Stelle unterbreitet hätten, die allein befugt und in der Lage sei, davon entsprechenden Gebrauch zu machen! [2]) Dieser Aufforderung wurde selbstverständlich nicht entsprochen; trotzdem ging die Hetze weiter.

Schon vorher hatte sich der Deutsche Verein für Psychiatrie auf seiner Tagung in Frankfurt a. M. am 25. und 26. III. 93 im Anschluß an ein Referat von *Zinn* [3]), Eberswalde in einer ausführlichen Widerlegung mit diesen schweren Vorwürfen befaßt und sie in würdiger und sachlicher Weise zurückgewiesen durch einstimmige und diskussionslose Annahme der von den Referenten vorgeschlagenen Thesen [4]). Zugleich forderte der Verein reichsgesetzliche Regelung der Aufnahmebedingungen. In der gleichen Tagung wurde aber noch ein zweites Referat erstattet von *Zinn* und von *Siemens*, Lauenburg [5]) über „Psychiatrie und Seelsorge"; hier wurden die tieferen Motive von

---

[1]) „Zur Reform des Irrenwesens in Preußen." Dtsch. med. Wochenschr. 1893, S. 829 ff.

[2]) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 52, S. 833.

[3]) Ebenda, Bd. 50, S 344.

[4]) Ausführlich erschienen: „Bericht des Vereins der deutschen Irrenärzte." I. F. Lehmann, München, 1893.

[5]) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 50, S. 335.

Stöcker und den hinter ihm stehenden Kreisen (*Bodelschwingh*, *Hafner*, *Knodt* u. a.) aufgedeckt. Man wolle „nach Abschaffung der Wissenschaft die dem Irresein zugrunde liegenden krankhaften Zustände des Zentralnervensystems auf den Begriff der Sünde und des Besessenseins zurückführen und die Irrenanstalten an die Kirche oder die innere Mission, und zwar an den auf dem extremsten Standpunkte stehenden Teil derselben, überliefern" [1]. „Der Verbrecher ist satanisch, der Geisteskranke dämonisch krank". *Bodelschwingh* selbst äußerte einmal: er wolle die ärztliche Hilfe „nur soweit in Anspruch nehmen, als dieselbe für die mit den Seelenkrankheiten verbundenen leiblichen Krankheiten nötig ist". Ferner wurde berichtet über einen Versuch evangelischer Geistlicher in Heidreege bei Uetersen, Kr. Pinneberg, bei einer hysterischen Geisteskranken durch stundenlange Beschwörungen den Teufel auszutreiben, während die übrigen Anwesenden Choräle sangen. Es war dies im Herbst 1892 [2]. —

Am Rhein hatten inzwischen katholische Kreise ähnliche Bestrebungen entwickelt. Der im Aachener Alexianerprozeß auftretende Arzt der dortigen Anstalt, Dr. *Cappelmann*, hatte z. B. die Hypnose abgelehnt, weil sie ein Produkt von Dämonen sei [3]. — Schon zahlreiche Kranke waren dort in klösterlichen Anstalten ohne entsprechende fachärztliche Behandlung untergebracht — die Klöster waren wesentlich billiger als die staatlichen Irrenanstalten.

Es wurde in jener Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie ausdrücklich darauf hingewiesen, daß in diesen Klöstern zahlreiche Zwangsmaßnahmen und Mißhandlungen vorgekommen seien [4].

Der Deutsche Verein für Psychiatrie wandte sich darauf in einer Entschließung scharf gegen alle Anstalten, die nicht unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stünden [5].

Diese ernste Warnung wurde jedoch von der Regierung nicht beachtet, und es kam, was kommen mußte. Aufmerksam auf die hier gebrandmarkten Mißstände wurde die breiteste Öffentlichkeit dann durch den sattsam bekannten Alexianerprozeß in Aachen. Es handelte sich ebenfalls um eine klösterliche Anstalt, die ohne jede fachärztliche

---

[1] Vgl. *Sommer*, Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1893. Bericht über die dritte Konferenz deutscher evang. Irrenseelsorger (zitiert nach *Beyer*, S. 428).

[2] Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 50, S. 339.

[3] Allerdings nach der Behauptung von *Lenzmann*, die nicht nachgeprüft werden konnte. Vgl. *Beyer*, S. 475.

[4] Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 50, S. 342.

[5] Ebenda, S. 335.

Leitung war, (Dr. *Cappelmann*, dessen psychiatrische Fähigkeiten oben bereits angedeutet wurden, wohnte überhaupt nicht in der Anstalt), und so kam es dort zu zahlreichen, gerichtlich festgestellten schweren Mißhandlungen von Geisteskranken. Unter diesen befand sich auch ein angeblich widerrechtlich internierter englischer Geistlicher namens Forbes. Die Frage, ob dieser tatsächlich nicht anstaltsbedürftig war, bleibe offen; sicherlich war er ein schwer psychopathischer Mensch, wahrscheinlich auch schwerer Alkoholiker, vielleicht Epileptiker (vgl. *Beyer* S. 449/50). Das alles ändert aber natürlich nichts an der Tatsache der Mißhandlungen und an dem ganzen System. Bedauerlich ist nur, — aber auch charakteristisch, —, daß dieser Fall immer und immer wieder den Irrenärzten in die Schuhe geschoben wird, trotzdem er mit der deutschen Psychiatrie so wenig zu tun hat wie etwa der Schäfer Ast mit der „Schulmedizin". Der Deutsche Verein für Psychiatrie wies in seiner Tagung vom 13. IX. 95 [1]) nochmals auf seine frühere Warnung hin — umsonst, das Unheil nahm weiter seinen Lauf.

Am 16. I. 97 brachte der Abgeordnete *Lenzmann*, der Verteidiger in dem Alexianerprozesse, einen Antrag im Reichstag ein auf reichsgesetzliche Regelung der Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten, ein Antrag, der an sich mit der Forderung des Deutschen Vereins für Psychiatrie vollkommen übereinstimmte. Die Begründung jedoch war voll der gehässigsten Angriffe gegen die deutsche Irrenheilkunde. Er zitierte *Kirchenheim* und *Reinartz* und hielt ersteren für einen Psychiater, trotzdem dieser noch nicht einmal Arzt, geschweige denn Irrenarzt war. Er behauptete, die dort angeführten 84 Fälle hätten sich in ganz kurzer Zeit ereignet — in Wirklichkeit verteilten sie sich über 43 Jahre —; er gab zu, daß doch recht viele von diesen geisteskrank gewesen seien, was ihn allerdings nicht veranlaßte, auch bei den übrigen skeptisch zu sein und nachzuprüfen. Er behauptete zwar, er habe sich die Fälle kommen lassen und sich mit ihnen unterhalten, „soweit es möglich war". Dies können aber nur ganz wenige gewesen sein; viele waren schon längst tot oder wieder in Irrenanstalten interniert, oder im Auslande, oder anonym; trotz alledem wagte er es, so den Eindruck der Objektivität und der eigenen Nachprüfung zu erwecken. Als typisch sei nur ein einziger Fall hier herausgegriffen, eine Frau F., von der er behauptete, sie sei deshalb in einer Anstalt interniert worden, weil sie auf den Gedanken gekommen sei, Medizin zu studieren. „Es gelang ihr aber, nach Zürich zu entfliehen, sie

[1]) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 52, S. 818 ff.

studierte dort Medizin, legte ein glänzendes Staatsexamen ab und praktiziert, wenn sie nicht mittlerweile gestorben ist, jetzt noch als eine sehr gesuchte und renommierte Ärztin." In Wirklichkeit war diese Patientin schwer geisteskrank, hat nie im Ernste daran denken können, Medizin zu studieren, geschweige denn ein Examen zu machen oder zu praktizieren, und war damals, als der Abgeordnete *Lenzmann* seine Behauptung von der Tribüne des Reichstags herab in die Welt schleuderte, schon wieder seit 12 Jahren ununterbrochen in einer Irrenanstalt, nachdem man sie zuletzt, von Schmutz und Ungeziefer starrend, dem Alkohol und der Prostitution ergeben, aufgegriffen hatte, in einem Hause, in dem der Schmutz fußhoch lag (*Beyer*, S. 274/79, S. 459 und 618).

Weiterhin leistete sich *Lenzmann* Tiraden wie: „Was in Rußland im Wege der Verbannung nach Sibirien gemacht wird, was in früheren Jahrhunderten auf dem Wege der lettres de cachet zustande gebracht wurde, kann man heute in Deutschland nicht mehr durch Verbannung und Gefängnis erreichen, wohl aber dadurch, daß man für unbequeme Personen die Pforten des Irrenhauses öffnet." Und schließlich behauptete er sogar, die Zunahme der in Irrenanstalten befindlichen Kranken (vgl. oben S. 5), sei so erschreckend, daß sich darunter unbedingt viele geistig Gesunde befinden müßten! — *Lenzmann* bestritt sogar einmal die Berechtigung, selbstmordverdächtige Kranke in eine Irrenanstalt aufzunehmen, da der Selbstmord keine „strafbare Handlung" sei, — als ob das psychiatrische Krankenhaus eine Strafanstalt wäre, — ganz abgesehen davon, daß derartige Kranke erfahrungsgemäß nicht selten auch anderen gefährlich werden können.

Der Abgeordnete *Stadthagen* ging in seinen Ausführungen sogar so weit, zu behaupten, 50 % aller Kranken in den Anstalten seien widerrechtlich interniert; allerdings meinte er an anderer Stelle, es dürften überhaupt nur „Gemeingefährliche" interniert werden und solche, die selbst damit einverstanden seien.

Es wurde dann ein äußerlich etwas weitgehender, aber sachlich milderer Antrag *Kruse* angenommen, der eine reichsgesetzliche Regelung der Grundzüge forderte und das Übrige dem Verordnungswege überlassen wollte. Der Deutsche Verein für Psychiatrie erklärte sich in seiner Tagung im Jahre 1897 im Anschluß an ein ausführliches Referat von Prof. *Jolly*, der die Unrichtigkeiten *Lenzmanns* im einzelnen zurückwies [1]), mit diesem Antrag einverstanden in folgender, einstimmig angenommenen Erklärung:

[1]) *Beyer*, S. 531.



„Der Verein der deutschen Irrenärzte hat mit Bedauern davon Kenntnis genommen, daß in der Verhandlung des Reichstags vom 16. Januar 1897 eine den Tatsachen nicht entsprechende Kritik an den in deutschen Irrenanstalten herrschenden Zuständen geübt wurde, und daß die Kritik ohne Widerspruch von seiten der Regierung geblieben ist. Der Verein ist mit dem in jener Sitzung angenommenen Antrag auf reichsgesetzliche Regelung der Grundzüge über die Aufsicht des Irrenwesens einverstanden, er hält es aber für seine Pflicht, erneut darauf hinzuweisen, daß die wichtigste Reform in der Schaffung selbständiger, direkt dem Minister untergeordneter Aufsichtsbehörden bestehen würde, an deren Spitze ein diese Stellung im Hauptamt bekleidender Fachmann steht.“ —

Am 1. II. 98 kam *Lenzmann* im Reichstage dann noch einmal auf diese Resolution und auf eine etwas temperamentvolle Entgegnung *Pelmans* zurück, es war aber ein mehr persönlich gehaltenes Rückzugsgefecht, wiederum voll der kühnsten Unwahrheiten, und vor allem voll der tollsten Widersprüche mit seiner früheren Rede, Widersprüche, die *Beyer* im einzelnen festnagelt (S. 543, 546/47, 551, 555, 580/83). Es folgten Erwiderungen der Abgeordneten Dr. *Kruse* und *Langerhans*. *Prinz zu Schönaich-Carolath* beschränkte die Frage auf die beiden sachlichen Punkte der Einführung einer Beschwerdekommission, gegebenenfalls in Verbindung mit dem Gericht, und besserer Beaufsichtigung der Privatanstalten. *Graf Stolberg-Wernigerode* meinte jedoch — und er dürfte wohl die damaligen Ansichten der Allgemeinheit sowohl wie der Mehrheit der Abgeordneten ausgesprochen haben —, die Ausführungen *Lenzmanns* seien vielleicht manchmal übertrieben, aber es gebe doch wohl keinen Rauch ohne Feuer. Er hätte ebensogut auch sagen können: „semper aliquid haeret“.

Die Irrenärzte entschlossen sich, wohl auf Grund des § 300 StGB., nicht dazu, den Abgeordneten *Kruse* und *Langerhans* ihr Aktenmaterial zur Verfügung zu stellen, die Regierung schwieg zunächst wiederum, und die ganze antipsychiatrische Bewegung war nun von dem Reichstage sozusagen amtlich sanktioniert.

Erst am 30. März desselben Jahres gab dann *Graf Posadowsky* eine ausführliche Ehrenerklärung für die deutschen Irrenärzte im Reichstage ab. —

Der Abgeordnete *Lenzmann* wiederholte dann alljährlich seinen Antrag und versuchte am 1. Februar 1902 nochmals einen neuen heftigen Angriff auf die Irrenärzte; jetzt aber trat ihm *Posadowsky*, inzwischen etwas besser gerüstet, entgegen und widerlegte die krassen Unwahrheiten *Lenzmanns*. Dieser hatte, um hier nur eines wieder herauszugreifen, seinerzeit behauptet, in einem Falle sei ein junger

Mann widerrechtlich in einer Irrenanstalt interniert worden, weil er seine älteren Geschwister des Vatermordes beschuldigt habe, tatsächlich aber hätten diese Geschwister den Vater ermordet und seien dann zum Tode verurteilt worden (*Beyer*, S. 553). *Posadowsky* wies nun nach, daß der betreffende Patient schon lange vor dem Tode seines Vaters auf dessen eigenen Antrag hin in einer Anstalt gewesen sei; nach dem Tode des Vaters beschuldigte er seine Geschwister des Mordes und war dann auch später noch mehrmals wegen schwerer Geisteskrankheit in der Irrenanstalt. Die Leiche des Vaters hatte bei der gerichtlichen Untersuchung nicht die geringsten Spuren eines gewaltsamen Todes gezeigt, und eine Anklage wegen Vatermordes war überhaupt nie erhoben worden. — Und *Lenzmann* hatte schon von dem Todesurteil gesprochen![1])

Weiterhin erklärte *Posadowsky*, daß Preußen einer reichsgesetzlichen Regelung der Frage im Bundesrate widersprochen habe, die Bestimmungen des BGB., der ZPO. und die landesgesetzlichen Verfügungen genügten nach Ansicht dieses Bundesstaates in dem vorliegenden Falle. So kam das Reichsirrengesetz damals nicht zustande.

Vermutlich war dieser Ausgang vorausgesehen worden, denn nun versuchte man es auf einem andern Wege: Im Winter 1900/01 war in Wien, anscheinend ohne Quellenangabe, der oben näher charakterisierte Kreuzzeitungs-Aufruf vom Jahre 1892 wortwörtlich nochmals veröffentlicht worden[2]), und wiederum waren es eine Reihe von bedeutenden Männern, Juristen und Universitätsprofessoren — sogar der damalige Rector magnificus der Universität Wien befand sich darunter —, die sich hatten verblüffen lassen, und die ohne jede sachliche Prüfung unter dem Einflusse der geschickt inszenierten Massensuggestion ihre Unterschrift unter dieses unwürdige Pamphlet hergaben. Man wird wohl nicht fehlgehen, wenn man annimmt, daß die geistigen Urheber dieser Aktion in den gleichen Kreisen zu suchen waren, aus denen heraus seinerzeit der erste Vorstoß in Deutschland unternommen wurde, und deren Drängen es dann später gelang, während des Krieges in Österreich ein Irrengesetz ohne parlamentarische Mitwirkung durchzusetzen, von dem später noch näher die Rede sein wird.

Hier in Deutschland aber war, wie gesagt, die Angelegenheit vorläufig formal-juristisch erledigt, und das gewünschte Reichsirrengesetz kam damals nicht zustande. — Auch die Diskussion in der II. Haupt-

---

[1]) *Beyer*, S. 600.
[2]) Vgl. Psych. Wochenschr. Bd. II, 1901, S. 437.

versammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins am 14. IX. 03 [1]) hatte keine weiteren Konsequenzen.

Wohl aber hatte die Bewegung andere Folgen. Zunächst eine ganze Reihe von zum Teil recht verschiedenen einzelstaatlichen Verfügungen [2]), die alle mehr oder weniger von dem gleichen Mißtrauen gegen die Irrenärzte getragen waren, die aber den Vorteil hatten, daß sie als einfache Verfügungen bald aufgehoben oder gemildert werden konnten, als sich ihre völlige Überflüssigkeit und zum Teil Unsinnigkeit in der Praxis herausstellte. So wurde z. B. in manchen deutschen Bundesstaaten angeordnet, daß der Ortsbürgermeister, also ein vollkommen unsachverständiger Laie, unter Umständen ein einfacher Bauer, zunächst die Anstaltsbedürftigkeit eigenhändig bescheinigen mußte, über das kreisärztliche Zeugnis hinweg [3]). Es muß auch heute noch fast in ganz Preußen die Aufnahme vorher von dem Landeshauptmann genehmigt werden. Die Anstalten hatten vielfach einen Numerus clausus, die von dem Landeshauptmann zur Aufnahme zugelassenen Kranken wurden auf eine „Exspektantenliste" gesetzt und erst bei „Freiwerden" eines Platzes in der Irrenanstalt — sei es durch Tod oder durch Entlassung — dorthin „einberufen"! Inzwischen war es Sache der Gemeinden, die Kranken im Spritzenhause, im Schweinestall oder sonstwo so lange aufzubewahren. Viele Kranke mögen auch durch rechtzeitigen Selbstmord die Behörden von aller Sorge für ihre Person und von allen Kosten befreit haben.

Die meisten dieser und ähnlicher Verfügungen sind unseres Wissens jetzt natürlich längst außer Kraft gesetzt bzw. geändert, oder aber, sie wurden in der Praxis nicht so strenge durchgeführt, mit anderen Worten, umgangen.

Auf alles das, was in jenen erregten Zeiten, aber auch später in der juristischen und psychiatrischen Fachpresse zu diesen Fragen gesagt wurde, kann hier unmöglich eingegangen werden, dies würde allein ein ganzes Buch füllen. Es sei auf die diesbezüglichen Literaturangaben verwiesen.

Nur einer sei aus alledem herausgegriffen, *Reißner* [4]), der vom

[1]) Vgl. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 5, S. 274 und ***Rusak***, ebenda S. 389.

[2]) Zum Teil im Anschluß an ähnliche Debatten in den Landesparlamenten.

[3]) Ein Rest hiervon ist die in Preußen und Bayern heute noch vorgeschriebene „Unbedenklichkeitserklärung". (Vgl. später S. 34 u. 53.)

[4]) *Reißner*, „Die Zwangsunterbringung in Irrenanstalten und der Schutz der persönlichen Freiheit". Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg, 1905.

juristischen Standpunkt aus und leider sehr von Vorurteilen befangen, gesetzliche Vorschläge machte, die sicherlich bewußt oder unbewußt die Grundlage zu manchen späteren Forderungen und Vorschlägen gebildet haben.

Hier war es sogar ein Arzt, und zwar kein ganz unbekannter, Geh. Rat Prof. Dr. *Eulenburg*, der zu diesem Buch ein zustimmendes Vorwort schrieb und dabei von den „mehr und minder berechtigten und dringenden Klagen über eine teilweise Reformbedürftigkeit unseres Irrenwesens" sprach.

Reißner verlangte nicht mehr oder weniger, als daß vor jeder Aufnahme in die Anstalt eine sogenannte Internierungskommission über die Zulässigkeit der Aufnahme entscheide, und zwar sollte diese Kommission sich folgendermaßen zusammensetzen: Ein Amtsrichter als Vorsitzender, der Gerichtsarzt als ständiger Beisitzer und drei Laien als Schöffen. Das Verfahren sollte in einer dem Strafprozeß angepaßten Weise zu regeln sein, „der Antragsteller hat Personalien und Vermögensverhältnisse darzulegen und Beweismittel anzugeben", er hat „Zeugen zu benennen, das begründete Gutachten eines Sachverständigen über den Gesundheitszustand des Imploraten beizufügen" usw. „Es findet sodann ein Vorverfahren statt, das innerhalb zweier Wochen abzuschließen ist. Die Polizei als Hilfsorgan der Staatsanwaltschaft bzw. der Internierungskommission vernimmt den Kranken, seinen behandelnden Arzt und die Antragszeugen und läßt den Kranken durch einen Vertrauensarzt untersuchen. Erscheint ein sofortiger Schutz des Kranken oder des Publikums erforderlich, so sind die Akten mit einem entsprechenden Antrag und eidesstattlichen Versicherungen, aus denen die Notwendigkeit der „Zwangsunterbringung" mangels anderer Schutzmöglichkeiten erhellt, sofort dem Gericht einzureichen. Atteste des erstuntersuchenden Arztes und des Vertrauensarztes sind beizufügen (eventuell nur des Vertrauensarztes). Der Richter hat alsdann binnen 24 Stunden nach Beratung mit dem Gerichtsarzte zu entscheiden, und falls er sich für vorläufige Unterbringung entscheidet, einen vorläufigen Aufnahmeschein zu erteilen. Auf Grund dieses erfolgt dann die Aufnahme des darin Benannten in einer öffentlichen oder privaten Irrenanstalt bis zur Hauptverhandlung, zu der der Kranke vorzuführen ist. Der Arzt der Anstalt hat die Pflicht, den Kranken bis zur Hauptverhandlung, die spätestens einen Monat nach Eingang des Antrages bei der Behörde stattzufinden hat, eingehend zu beobachten. Außerdem steht dem Richter, dem Gerichtsarzt und den Schöffen jederzeit innerhalb der Frist bis zum Hauptverhandlungstermin — auch bei Nichtinternierten — das Recht zu, den Kranken selbst aufzusuchen, um sich über seinen Geisteszustand ein Urteil zu bilden. . . . Über das Ergebnis der Beweisaufnahme berät das Kollegium. Vier Stimmen sind zu einem Beschluß auf Unterbringung erforderlich. Ist weitere Beweisaufnahme notwendig und soll bis zu deren Erledigung der Kranke weiter interniert bleiben, so bedarf es eines mit einfacher Stimmenmehrheit gefaßten Beschlusses der Kommission. Der Termin ist alsdann um zwei Wochen

wie eine Art Massensuggestion. — Die sachlichen Darlegungen *Laehrs* [1]) drangen nicht in die weitere Öffentlichkeit. —

Als offenbar von den gleichen Kreisen ausgehend, wäre hier zu erwähnen die Zusammenkunft einer Anzahl „unabhängiger Männer" in Göttingen am 21. XI. 94, die eine Reihe von Leitsätzen aufstellten, und die zwei aus ihrer Mitte, Prof. Dr. *v. Kirchenheim* und Rechtsanwalt *Reinartz* beauftragten, dieselben zu begründen. Das Ergebnis war eine Broschüre „Zur Reform des Irrenrechts", die ebenfalls trotz ihrer Autoren auf jede aktenmäßige Nachprüfung des Materials verzichtete. Zum Teil erschienen immer wieder die gleichen Fälle querulierender Geisteskranker, zum Teil sind es ausländische Fälle, zum Teil sogar anonyme, die natürlich nicht nachgeprüft werden konnten, und schließlich der gleich zu erwähnende Fall Forbes. — Diesem Aufruf erwiderte sehr scharf in der Sitzung des Preußischen Herrenhauses vom 9. VII. 95 der Vertreter des Justizministers, Geheimrat *Vierhaus*, daß kein einziger Fall zur Kenntnis des preußischen Justizministers gekommen sei, und daß, wenn die Herren nicht ganz schlagendes Beweismaterial hinter sich hätten, er die Vorwürfe als ungerechtfertigt zurückweise und nur lebhaft bedauern müsse, daß die Herren ihr Material nicht der Stelle unterbreitet hätten, die allein befugt und in der Lage sei, davon entsprechenden Gebrauch zu machen! [2]) Dieser Aufforderung wurde selbstverständlich nicht entsprochen; trotzdem ging die Hetze weiter.

Schon vorher hatte sich der Deutsche Verein für Psychiatrie auf seiner Tagung in Frankfurt a. M. am 25. und 26. III. 93 im Anschluß an ein Referat von *Zinn* [3]), Eberswalde in einer ausführlichen Widerlegung mit diesen schweren Vorwürfen befaßt und sie in würdiger und sachlicher Weise zurückgewiesen durch einstimmige und diskussionslose Annahme der von den Referenten vorgeschlagenen Thesen [4]). Zugleich forderte der Verein reichsgesetzliche Regelung der Aufnahmebedingungen. In der gleichen Tagung wurde aber noch ein zweites Referat erstattet von *Zinn* und von *Siemens*, Lauenburg [5]) über „Psychiatrie und Seelsorge"; hier wurden die tieferen Motive von

---

[1]) „Zur Reform des Irrenwesens in Preußen." Dtsch. med. Wochenschr. 1893, S. 829 ff.

[2]) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 52, S. 833.

[3]) Ebenda, Bd. 50, S 344.

[4]) Ausführlich erschienen: „Bericht des Vereins der deutschen Irrenärzte." I. F. Lehmann, München, 1893.

[5]) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 50, S. 335.

Stöcker und den hinter ihm stehenden Kreisen (*Bodelschwingh*, *Hafner*, *Knodt* u. a.) aufgedeckt. Man wolle „nach Abschaffung der Wissenschaft die dem Irresein zugrunde liegenden krankhaften Zustände des Zentralnervensystems auf den Begriff der Sünde und des Besessenseins zurückführen und die Irrenanstalten an die Kirche oder die innere Mission, und zwar an den auf dem extremsten Standpunkte stehenden Teil derselben, überliefern“ [1]). „Der Verbrecher ist satanisch, der Geisteskranke dämonisch krank“. *Bodelschwingh* selbst äußerte einmal: er wolle die ärztliche Hilfe „nur soweit in Anspruch nehmen, als dieselbe für die mit den Seelenkrankheiten verbundenen leiblichen Krankheiten nötig ist“. Ferner wurde berichtet über einen Versuch evangelischer Geistlicher in Heidreege bei Uetersen, Kr. Pinneberg, bei einer hysterischen Geisteskranken durch stundenlange Beschwörungen den Teufel auszutreiben, während die übrigen Anwesenden Choräle sangen. Es war dies im Herbst 1892 [2]). —

Am Rhein hatten inzwischen katholische Kreise ähnliche Bestrebungen entwickelt. Der im Aachener Alexianerprozeß auftretende Arzt der dortigen Anstalt, Dr. *Cappelmann*, hatte z. B. die Hypnose abgelehnt, weil sie ein Produkt von Dämonen sei [3]). — Schon zahlreiche Kranke waren dort in klösterlichen Anstalten ohne entsprechende fachärztliche Behandlung untergebracht — die Klöster waren wesentlich billiger als die staatlichen Irrenanstalten.

Es wurde in jener Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie ausdrücklich darauf hingewiesen, daß in diesen Klöstern zahlreiche Zwangsmaßnahmen und Mißhandlungen vorgekommen seien [4]).

Der Deutsche Verein für Psychiatrie wandte sich darauf in einer Entschließung scharf gegen alle Anstalten, die nicht unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stünden [5]).

Diese ernste Warnung wurde jedoch von der Regierung nicht beachtet, und es kam, was kommen mußte. Aufmerksam auf die hier gebrandmarkten Mißstände wurde die breiteste Öffentlichkeit dann durch den sattsam bekannten Alexianerprozeß in Aachen. Es handelte sich ebenfalls um eine klösterliche Anstalt, die ohne jede fachärztliche

---

[1]) Vgl. *Sommer*, Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1893. Bericht über die dritte Konferenz deutscher evang. Irrenseelsorger (zitiert nach *Beyer*, S. 428).

[2]) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 50, S. 339.

[3]) Allerdings nach der Behauptung von *Lenzmann*, die nicht nachgeprüft werden konnte. Vgl. *Beyer*, S. 475.

[4]) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 50, S. 342.

[5]) Ebenda, S. 335.

Leitung war, (Dr. *Cappelmann*, dessen psychiatrische Fähigkeiten oben bereits angedeutet wurden, wohnte überhaupt nicht in der Anstalt), und so kam es dort zu zahlreichen, gerichtlich festgestellten schweren Mißhandlungen von Geisteskranken. Unter diesen befand sich auch ein angeblich widerrechtlich internierter englischer Geistlicher namens Forbes. Die Frage, ob dieser tatsächlich nicht anstaltsbedürftig war, bleibe offen; sicherlich war er ein schwer psychopathischer Mensch, wahrscheinlich auch schwerer Alkoholiker, vielleicht Epileptiker (vgl. *Beyer* S. 449/50). Das alles ändert aber natürlich nichts an der Tatsache der Mißhandlungen und an dem ganzen System. Bedauerlich ist nur, — aber auch charakteristisch, —, daß dieser Fall immer und immer wieder den Irrenärzten in die Schuhe geschoben wird, trotzdem er mit der deutschen Psychiatrie so wenig zu tun hat wie etwa der Schäfer Ast mit der „Schulmedizin". Der Deutsche Verein für Psychiatrie wies in seiner Tagung vom 13. IX. 95 [1]) nochmals auf seine frühere Warnung hin — umsonst, das Unheil nahm weiter seinen Lauf.

Am 16. I. 97 brachte der Abgeordnete *Lenzmann*, der Verteidiger in dem Alexianerprozesse, einen Antrag im Reichstag ein auf reichsgesetzliche Regelung der Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten, ein Antrag, der an sich mit der Forderung des Deutschen Vereins für Psychiatrie vollkommen übereinstimmte. Die Begründung jedoch war voll der gehässigsten Angriffe gegen die deutsche Irrenheilkunde. Er zitierte *Kirchenheim* und *Reinartz* und hielt ersteren für einen Psychiater, trotzdem dieser noch nicht einmal Arzt, geschweige denn Irrenarzt war. Er behauptete, die dort angeführten 84 Fälle hätten sich in ganz kurzer Zeit ereignet — in Wirklichkeit verteilten sie sich über 43 Jahre —; er gab zu, daß doch recht viele von diesen geisteskrank gewesen seien, was ihn allerdings nicht veranlaßte, auch bei den übrigen skeptisch zu sein und nachzuprüfen. Er behauptete zwar, er habe sich die Fälle kommen lassen und sich mit ihnen unterhalten, „soweit es möglich war". Dies können aber nur ganz wenige gewesen sein; viele waren schon längst tot oder wieder in Irrenanstalten interniert, oder im Auslande, oder anonym; trotz alledem wagte er es, so den Eindruck der Objektivität und der eigenen Nachprüfung zu erwecken. Als typisch sei nur ein einziger Fall hier herausgegriffen, eine Frau F., von der er behauptete, sie sei deshalb in einer Anstalt interniert worden, weil sie auf den Gedanken gekommen sei, Medizin zu studieren. „Es gelang ihr aber, nach Zürich zu entfliehen, sie

---

[1]) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 52, S. 818 ff.

studierte dort Medizin, legte ein glänzendes Staatsexamen ab und praktiziert, wenn sie nicht mittlerweile gestorben ist, jetzt noch als eine sehr gesuchte und renommierte Ärztin." In Wirklichkeit war diese Patientin schwer geisteskrank, hat nie im Ernste daran denken können, Medizin zu studieren, geschweige denn ein Examen zu machen oder zu praktizieren, und war damals, als der Abgeordnete *Lenzmann* seine Behauptung von der Tribüne des Reichstags herab in die Welt schleuderte, schon wieder seit 12 Jahren ununterbrochen in einer Irrenanstalt, nachdem man sie zuletzt, von Schmutz und Ungeziefer starrend, dem Alkohol und der Prostitution ergeben, aufgegriffen hatte, in einem Hause, in dem der Schmutz fußhoch lag (*Beyer*, S. 274/79, S. 459 und 618).

Weiterhin leistete sich *Lenzmann* Tiraden wie: „Was in Rußland im Wege der Verbannung nach Sibirien gemacht wird, was in früheren Jahrhunderten auf dem Wege der lettres de cachet zustande gebracht wurde, kann man heute in Deutschland nicht mehr durch Verbannung und Gefängnis erreichen, wohl aber dadurch, daß man für unbequeme Personen die Pforten des Irrenhauses öffnet." Und schließlich behauptete er sogar, die Zunahme der in Irrenanstalten befindlichen Kranken (vgl. oben S. 5), sei so erschreckend, daß sich darunter unbedingt viele geistig Gesunde befinden müßten! — *Lenzmann* bestritt sogar einmal die Berechtigung, selbstmordverdächtige Kranke in eine Irrenanstalt aufzunehmen, da der Selbstmord keine „strafbare Handlung" sei, — als ob das psychiatrische Krankenhaus eine Strafanstalt wäre, — ganz abgesehen davon, daß derartige Kranke erfahrungsgemäß nicht selten auch anderen gefährlich werden können.

Der Abgeordnete *Stadthagen* ging in seinen Ausführungen sogar so weit, zu behaupten, 50 % aller Kranken in den Anstalten seien widerrechtlich interniert; allerdings meinte er an anderer Stelle, es dürften überhaupt nur „Gemeingefährliche" interniert werden und solche, die selbst damit einverstanden seien.

Es wurde dann ein äußerlich etwas weitgehender, aber sachlich milderer Antrag *Kruse* angenommen, der eine reichsgesetzliche Regelung der Grundzüge forderte und das Übrige dem Verordnungswege überlassen wollte. Der Deutsche Verein für Psychiatrie erklärte sich in seiner Tagung im Jahre 1897 im Anschluß an ein ausführliches Referat von Prof. *Jolly*, der die Unrichtigkeiten *Lenzmanns* im einzelnen zurückwies [1]), mit diesem Antrag einverstanden in folgender, einstimmig angenommenen Erklärung:

[1]) *Beyer*, S. 531.

„Der Verein der deutschen Irrenärzte hat mit Bedauern davon Kenntnis genommen, daß in der Verhandlung des Reichstags vom 16. Januar 1897 eine den Tatsachen nicht entsprechende Kritik an den in deutschen Irrenanstalten herrschenden Zuständen geübt wurde, und daß die Kritik ohne Widerspruch von seiten der Regierung geblieben ist. Der Verein ist mit dem in jener Sitzung angenommenen Antrag auf reichsgesetzliche Regelung der Grundzüge über die Aufsicht des Irrenwesens einverstanden, er hält es aber für seine Pflicht, erneut darauf hinzuweisen, daß die wichtigste Reform in der Schaffung selbständiger, direkt dem Minister untergeordneter Aufsichtsbehörden bestehen würde, an deren Spitze ein diese Stellung im Hauptamt bekleidender Fachmann steht.“ —

Am 1. II. 98 kam *Lenzmann* im Reichstage dann noch einmal auf diese Resolution und auf eine etwas temperamentvolle Entgegnung *Pelmans* zurück, es war aber ein mehr persönlich gehaltenes Rückzugsgefecht, wiederum voll der kühnsten Unwahrheiten, und vor allem voll der tollsten Widersprüche mit seiner früheren Rede, Widersprüche, die *Beyer* im einzelnen festnagelt (S. 543, 546/47, 551, 555, 580/83). Es folgten Erwiderungen der Abgeordneten Dr. *Kruse* und *Langerhans*. *Prinz zu Schönaich-Carolath* beschränkte die Frage auf die beiden sachlichen Punkte der Einführung einer Beschwerdekommission, gegebenenfalls in Verbindung mit dem Gericht, und besserer Beaufsichtigung der Privatanstalten. *Graf Stolberg-Wernigerode* meinte jedoch — und er dürfte wohl die damaligen Ansichten der Allgemeinheit sowohl wie der Mehrheit der Abgeordneten ausgesprochen haben —, die Ausführungen *Lenzmanns* seien vielleicht manchmal übertrieben, aber es gebe doch wohl keinen Rauch ohne Feuer. Er hätte ebensogut auch sagen können: „semper aliquid haeret“.

Die Irrenärzte entschlossen sich, wohl auf Grund des § 300 StGB., nicht dazu, den Abgeordneten *Kruse* und *Langerhans* ihr Aktenmaterial zur Verfügung zu stellen, die Regierung schwieg zunächst wiederum, und die ganze antipsychiatrische Bewegung war nun von dem Reichstage sozusagen amtlich sanktioniert.

Erst am 30. März desselben Jahres gab dann *Graf Posadowsky* eine ausführliche Ehrenerklärung für die deutschen Irrenärzte im Reichstage ab. —

Der Abgeordnete *Lenzmann* wiederholte dann alljährlich seinen Antrag und versuchte am 1. Februar 1902 nochmals einen neuen heftigen Angriff auf die Irrenärzte; jetzt aber trat ihm *Posadowsky*, inzwischen etwas besser gerüstet, entgegen und widerlegte die krassen Unwahrheiten *Lenzmanns*. Dieser hatte, um hier nur eines wieder herauszugreifen, seinerzeit behauptet, in einem Falle sei ein junger

Mann widerrechtlich in einer Irrenanstalt interniert worden, weil er seine älteren Geschwister des Vatermordes beschuldigt habe, tatsächlich aber hätten diese Geschwister den Vater ermordet und seien dann zum Tode verurteilt worden (*Beyer*, S. 553). *Posadowsky* wies nun nach, daß der betreffende Patient schon lange vor dem Tode seines Vaters auf dessen eigenen Antrag hin in einer Anstalt gewesen sei; nach dem Tode des Vaters beschuldigte er seine Geschwister des Mordes und war dann auch später noch mehrmals wegen schwerer Geisteskrankheit in der Irrenanstalt. Die Leiche des Vaters hatte bei der gerichtlichen Untersuchung nicht die geringsten Spuren eines gewaltsamen Todes gezeigt, und eine Anklage wegen Vatermordes war überhaupt nie erhoben worden. — Und *Lenzmann* hatte schon von dem Todesurteil gesprochen! [1])

Weiterhin erklärte *Posadowsky*, daß Preußen einer reichsgesetzlichen Regelung der Frage im Bundesrate widersprochen habe, die Bestimmungen des BGB., der ZPO. und die landesgesetzlichen Verfügungen genügten nach Ansicht dieses Bundesstaates in dem vorliegenden Falle. So kam das Reichsirrengesetz damals nicht zustande.

Vermutlich war dieser Ausgang vorausgesehen worden, denn nun versuchte man es auf einem andern Wege: Im Winter 1900/01 war in Wien, anscheinend ohne Quellenangabe, der oben näher charakterisierte Kreuzzeitungs-Aufruf vom Jahre 1892 wortwörtlich nochmals veröffentlicht worden [2]), und wiederum waren es eine Reihe von bedeutenden Männern, Juristen und Universitätsprofessoren — sogar der damalige Rector magnificus der Universität Wien befand sich darunter —, die sich hatten verblüffen lassen, und die ohne jede sachliche Prüfung unter dem Einflusse der geschickt inszenierten Massensuggestion ihre Unterschrift unter dieses unwürdige Pamphlet hergaben. Man wird wohl nicht fehlgehen, wenn man annimmt, daß die geistigen Urheber dieser Aktion in den gleichen Kreisen zu suchen waren, aus denen heraus seinerzeit der erste Vorstoß in Deutschland unternommen wurde, und deren Drängen es dann später gelang, während des Krieges in Österreich ein Irrengesetz ohne parlamentarische Mitwirkung durchzusetzen, von dem später noch näher die Rede sein wird.

Hier in Deutschland aber war, wie gesagt, die Angelegenheit vorläufig formal-juristisch erledigt, und das gewünschte Reichsirrengesetz kam damals nicht zustande. — Auch die Diskussion in der II. Haupt-

---

[1]) *Beyer*, S. 600.
[2]) Vgl. Psych. Wochenschr. Bd. II, 1901, S. 437.

versammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins am 14. IX. 03[1]) hatte keine weiteren Konsequenzen.

Wohl aber hatte die Bewegung andere Folgen. Zunächst eine ganze Reihe von zum Teil recht verschiedenen einzelstaatlichen Verfügungen[2]), die alle mehr oder weniger von dem gleichen Mißtrauen gegen die Irrenärzte getragen waren, die aber den Vorteil hatten, daß sie als einfache Verfügungen bald aufgehoben oder gemildert werden konnten, als sich ihre völlige Überflüssigkeit und zum Teil Unsinnigkeit in der Praxis herausstellte. So wurde z. B. in manchen deutschen Bundesstaaten angeordnet, daß der Ortsbürgermeister, also ein vollkommen unsachverständiger Laie, unter Umständen ein einfacher Bauer, zunächst die Anstaltsbedürftigkeit eigenhändig bescheinigen mußte, über das kreisärztliche Zeugnis hinweg[3]). Es muß auch heute noch fast in ganz Preußen die Aufnahme vorher von dem Landeshauptmann genehmigt werden. Die Anstalten hatten vielfach einen Numerus clausus, die von dem Landeshauptmann zur Aufnahme zugelassenen Kranken wurden auf eine „Exspektantenliste“ gesetzt und erst bei „Freiwerden“ eines Platzes in der Irrenanstalt — sei es durch Tod oder durch Entlassung — dorthin „einberufen“! Inzwischen war es Sache der Gemeinden, die Kranken im Spritzenhause, im Schweinestall oder sonstwo so lange aufzubewahren. Viele Kranke mögen auch durch rechtzeitigen Selbstmord die Behörden von aller Sorge für ihre Person und von allen Kosten befreit haben.

Die meisten dieser und ähnlicher Verfügungen sind unseres Wissens jetzt natürlich längst außer Kraft gesetzt bzw. geändert, oder aber, sie wurden in der Praxis nicht so strenge durchgeführt, mit anderen Worten, umgangen.

Auf alles das, was in jenen erregten Zeiten, aber auch später in der juristischen und psychiatrischen Fachpresse zu diesen Fragen gesagt wurde, kann hier unmöglich eingegangen werden, dies würde allein ein ganzes Buch füllen. Es sei auf die diesbezüglichen Literaturangaben verwiesen.

Nur einer sei aus alledem herausgegriffen, *Reißner*[4]), der vom

---

[1]) Vgl. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 5, S. 274 und *Rusak*, ebenda S. 389.

[2]) Zum Teil im Anschluß an ähnliche Debatten in den Landesparlamenten.

[3]) Ein Rest hiervon ist die in Preußen und Bayern heute noch vorgeschriebene „Unbedenklichkeitserklärung“. (Vgl. später S. 34 u. 53.)

[4]) *Reißner*, „Die Zwangsunterbringung in Irrenanstalten und der Schutz der persönlichen Freiheit“. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg, 1905.

juristischen Standpunkt aus und leider sehr von Vorurteilen befangen, gesetzliche Vorschläge machte, die sicherlich bewußt oder unbewußt die Grundlage zu manchen späteren Forderungen und Vorschlägen gebildet haben.

Hier war es sogar ein Arzt, und zwar kein ganz unbekannter, Geh. Rat Prof. Dr. *Eulenburg*, der zu diesem Buch ein zustimmendes Vorwort schrieb und dabei von den „mehr und minder berechtigten und dringenden Klagen über eine teilweise Reformbedürftigkeit unseres Irrenwesens" sprach.

Reißner verlangte nicht mehr oder weniger, als daß vor jeder Aufnahme in die Anstalt eine sogenannte Internierungskommission über die Zulässigkeit der Aufnahme entscheide, und zwar sollte diese Kommission sich folgendermaßen zusammensetzen: Ein Amtsrichter als Vorsitzender, der Gerichtsarzt als ständiger Beisitzer und drei Laien als Schöffen. Das Verfahren sollte in einer dem Strafprozeß angepaßten Weise zu regeln sein, „der Antragsteller hat Personalien und Vermögensverhältnisse darzulegen und Beweismittel anzugeben", er hat „Zeugen zu benennen, das begründete Gutachten eines Sachverständigen über den Gesundheitszustand des Imploraten beizufügen" usw. „Es findet sodann ein Vorverfahren statt, das innerhalb zweier Wochen abzuschließen ist. Die Polizei als Hilfsorgan der Staatsanwaltschaft bzw. der Internierungskommission vernimmt den Kranken, seinen behandelnden Arzt und die Antragszeugen und läßt den Kranken durch einen Vertrauensarzt untersuchen. Erscheint ein sofortiger Schutz des Kranken oder des Publikums erforderlich, so sind die Akten mit einem entsprechenden Antrag und eidesstattlichen Versicherungen, aus denen die Notwendigkeit der „Zwangsunterbringung" mangels anderer Schutzmöglichkeiten erhellt, sofort dem Gericht einzureichen. Atteste des erstuntersuchenden Arztes und des Vertrauensarztes sind beizufügen (eventuell nur des Vertrauensarztes). Der Richter hat alsdann binnen 24 Stunden nach Beratung mit dem Gerichtsarzte zu entscheiden, und falls er sich für vorläufige Unterbringung entscheidet, einen vorläufigen Aufnahmeschein zu erteilen. Auf Grund dieses erfolgt dann die Aufnahme des darin Benannten in einer öffentlichen oder privaten Irrenanstalt bis zur Hauptverhandlung, zu der der Kranke vorzuführen ist. Der Arzt der Anstalt hat die Pflicht, den Kranken bis zur Hauptverhandlung, die spätestens einen Monat nach Eingang des Antrages bei der Behörde stattzufinden hat, eingehend zu beobachten. Außerdem steht dem Richter, dem Gerichtsarzt und den Schöffen jederzeit innerhalb der Frist bis zum Hauptverhandlungstermin — auch bei Nichtinternierten — das Recht zu, den Kranken selbst aufzusuchen, um sich über seinen Geisteszustand ein Urteil zu bilden.... Über das Ergebnis der Beweisaufnahme berät das Kollegium. Vier Stimmen sind zu einem Beschluß auf Unterbringung erforderlich. Ist weitere Beweisaufnahme notwendig und soll bis zu deren Erledigung der Kranke weiter interniert bleiben, so bedarf es eines mit einfacher Stimmenmehrheit gefaßten Beschlusses der Kommission. Der Termin ist alsdann um zwei Wochen

höchstens zu verlegen. In diesem zweiten Termin muß eine definitive Entscheidung ergehen“ [1]).

Die Ähnlichkeit dieser Gedankengänge mit manchen ausländischen Gesetzesbestimmungen sowie mit dem später ausführlich zu besprechenden Reichsgesetzentwurf von 1923 springt in die Augen, und alles das, was dort gegen diesen Entwurf zu sagen sein wird, gilt sinngemäß natürlich auch von diesen Vorschlägen *Reißners*, die auch damals in der Fachliteratur eine entsprechende Erwiderung gefunden hatten [2]). —

Eine weitere Folge der ganzen antipsychiatrischen Bewegung waren eine Reihe von sogenannten „Irrenrechtsreformvereinen“, so z. B. der „Irrenrechts-Reformverein“ in Zürich, gegründet von einem Zahnarzt *Fliegel*, ein Verein, der unseres Wissens nicht mehr besteht; ferner die „Zentrale für Reform des Irrenwesens“, gegründet 1907 von einem Ingenieur *Georg Wetzer* in Hersbruck bei Nürnberg. *W.* war früherer Patient zahlreicher bayrischer Anstalten und brachte in seinen Aufrufen neben den üblichen voreingenommenen und übertriebenen Vorschlägen eine Reihe von zum Teil an sich ganz vernünftigen und von den Irrenärzten schon längst erhobenen Forderungen, wie z. B. nach einer besseren Bezahlung und Ausbildung des Pflegepersonals u. a. m.; außerdem verlangte er die Errichtung von „Volksnervenheilanstalten“, alles Forderungen, gegen deren Verwirklichung im wesentlichen nur finanzielle Bedenken in Betracht kamen.

Ein dritter Verein schließlich, in dem der *Wetzer*sche aufging, und der in etwas veränderter Form heute noch bestehen dürfte, ist der „Bund für Irrenrechtsreform und Irrenfürsorge“, gegründet 1909 in Heidelberg von *Adolf Glöcklein*, dem Verfasser entsprechender Broschüren, der selbst einmal einige Tage Patient der Heidelberger Universitätsklinik gewesen war, und der später ein Kurpfuscherei-Sanatorium leitete [3]).

Die Zeitschrift des Bundes begann mit einem sehr ideal klingenden Aufruf. Der Hauptzweck war aber zunächst die Sammlung antipsychiatrischer Beschwerden und Querelen. Selbstverständlich fehlte hierbei auch nicht der seinerzeit zur Genüge bekannte Sanitätsrat Dr. *Bilfinger*, der sich u. a. die schöne logische Schlußfolgerung leistete, er habe einmal 2 schwere Fälle von religiösem Wahnsinn innerhalb

[1]) Zitiert nach *Juliusburger*, „Psychiatrische Tagesfragen“. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 69, S. 130.

[2]) Vgl. auch: *Kreuser*, „Das Irrenhaus als Gefahr“. Nationalzeitung Nr. 159, 1905.

[3]) Vgl. *Beyer*, S. 623.

weniger Wochen durch die Naturheilkunde zur Heilung gebracht, während ein „analoger Fall“ eines „sonst gesunden Menschen“ in einer staatlichen Irrenanstalt mit Verblödung geendet habe!

Der Verein bzw. seine Zeitschrift führte zuletzt den Namen: „Die Irrenrechtsreform, Zeitschrift des Bundes für Irrenrecht und Irrenfürsorge“ E. V. (Schutzbund gegen Freiheitsberaubung und ungerechte Entmündigung), Sitz Berlin, Bundesvorsitzender Dr. med. *W. Winsch*, Berlin, verantwortlicher Schriftleiter *Paul Elmer*, Berlin“.

Unter der Inflation hat allerdings auch diese Zeitschrift sehr gelitten, ihre Hefte wurden immer seltener und dünner; das letzte uns vorliegende stammt aus dem Januar 1922, seither scheint kein weiteres Heft erschienen zu sein, jedenfalls war keines mehr erhältlich.

Als Beispiel für den Ton und den Geist dieses Blattes diene folgende Stelle: „Längst ist man daran gewöhnt, die deutschen Irrenärzte ihre ein gutes Geschäft witternde Nase in alle möglichen Dinge stecken zu sehen. Neben dem Profit ist es stets auf Machterweiterung abgesehen. In keinem Lande der Welt sind die Irrenärzte so aufdringlich. Bei uns gehen ihnen die Behörden immer wieder auf den Leim“ usw.

Beweis: *Magnus Hirschfeld* hatte angeregt, daß alle Angeklagten ohne Ausnahme vor der Hauptverhandlung psychiatrisch untersucht werden sollten. Wahrscheinlich meinte er in dem ganzen Zusammenhange nur die aus § 175 StGB. Angeklagten — aber seien auch alle gemeint —, es ist ein Gedanke, der wohl weit über das Ziel hinausschießt, dem nur wenige beistimmen werden, aber über den man diskutieren kann. Die Irrenrechtsreform jedoch ist nur imstande, hier materielle Gründe zu sehen: „Ein feines Geschäft! Man denke nur an die 100 000 von Beleidigungsklagen!“ usw. [1])

Auf die tief bedauerliche Rolle, die die Presse damals gespielt hat, sei nicht weiter eingegangen. Man kann sich leicht vorstellen, in welcher kritiklosen und sensationslüsternen Weise alle die oben erwähnten Vorfälle und insbesondere die Reichstagsverhandlungen seinerzeit besprochen wurden, und welche weitere Nahrung das Vorurteil gegen die Irrenanstalten und die Irrenärzte dadurch fand [2]).

---

[1]) Irrenrechtsreform 11. Jahrgang 1919, Nr. 64, S. 197/98.

[2]) Vgl. auch *Beyer*, S. 629, und *Rüttershaus*, „Irrsinn und Presse“. Fischer, Jena, 1913. Ferner *Juliusburger*, „Psychiatrische Tagesfragen“. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 69, S. 121 und „Zur sozialen Bedeutung der Psychiatrie“. Med. Reform, Nov. 1911. *v. Kunowski*, Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 9, S. 37 und Bd. 11, S. 313 u. a. m.

Einige besonders krasse Beispiele brachte die „Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 13, S. 160 ff.[1])[2]).

Am betrüblichsten aber war es wohl, daß damals auch manche Ärzte in einer durch keinerlei Sachkenntnis getrübten Naivität und ohne sich die Mühe zu nehmen, vorher den jeweiligen Tatbestand auch nur einigermaßen zu prüfen, sich zu dieser Frage in einer Art und Weise äußerten, die zu den schwersten Mißverständnissen Anlaß geben mußte. So schrieb, um nur eines herauszugreifen, in einer Berliner Tageszeitung ein Arzt: „Ich bin der Ansicht, daß jeder intelligente Mensch mit gesundem Menschenverstande und guter Menschenkenntnis ebensogut wie ein Arzt imstande ist, zu entscheiden, ob ein anderer an Geisteskrankheit leidet oder nicht (!). Ein Laie hat aber vor dem Arzt noch den Vorzug, daß er dieser Frage unbefangen und uninteressiert gegenübersteht (!). Der gewöhnliche Arzt ist aber dem Irrenarzt vorzuziehen, weil dieser überall Geisteskrankheit wittert. Der Irrenarzt ist nach meiner Ansicht der schlechteste Psychiater (!!). Werden bei einer Klage Psychiater als Sachverständige zugezogen, so wird das Urteil von den Richtern auf dem Gutachten jener aufgebaut. Haben jene richtig geraten, so fällt das Urteil auch meistens richtig aus. Haben sie aber unrichtig geraten, so wird auch das Urteil schief ausfallen. Unter Umständen entsteht dann ein modernes Ketzergericht, wobei der Angeklagte zwar nicht zum körperlichen, aber doch zum geistigen Tode verurteilt wird. ..... Die Psychiater haben die Gewohnheit, die Lehren der sogenannten Psychiatrie bei ihren Gutachten zu verschweigen (!), sie müssen das notgedrungen, denn diese Lehren scheuen das Licht der Welt usw." Jedes weitere Wort könnte hier wohl nur den Eindruck dieses Ergusses abschwächen. — Andere Beispiele dieser Art siehe ebenfalls bei *Juliusburger*[3]).

---

[1]) Vgl. auch ebenda S. 214, 234, 251, ferner Bd. 3, S. 410, Bd. 4, S. 25, 107 u. a. m.

[2]) Bemerkt sei übrigens in diesem Zusammenhange, daß heute in der Presse solche unsachlichen, gehässigen und geschmacklosen Entgleisungen überhaupt nicht mehr vorzukommen scheinen, wie Verfasser dieser Zeilen, der seit längerer Zeit im Auftrage des Reichsverbandes beamteter deutscher Irrenärzte (E. V.) die Presse daraufhin verfolgt, erfreulicherweise feststellen konnte. Es zeigt dies, daß wir doch in Deutschland in kultureller Hinsicht ein gutes Stück vorwärts gekommen sind und hoffen dürfen, auch in Zukunft eine objektive Beurteilung zu finden. Hoffentlich erfolgt bei der Diskussion über das preußische Irrengesetz (s. Teil VI) kein Rückschlag.

[3]) l. c.

Auch die Literatur stellte sich bedauerlicherweise zum Teil in die Reihen der antipsychiatrischen Bewegung.

Olga Wohlbrück brachte z. B. in ihrem Roman „Aus den Memoiren der Prinzessin Arnulf“ [1]) ganz unglaublich naive Schilderungen, die aber natürlich als realistisch aufgefaßt werden mußten und nur verhetzend wirken konnten.

Aus neuerer Zeit sei *Heinrich Mann* erwähnt, der in seinem Roman „Die Armen“ eine groteske Verzerrung einer Irrenhausszene bringt, wobei er nicht nur einen, sondern gleich mehrere verbrecherische Irrenärzte auftreten läßt. Der Vergleich mit *Meyrinks* „Golem“, der zur Entschuldigung herangezogen wurde, trifft nicht ganz zu, da dort der verbrecherische Arzt wenigstens als Einzeltypus und in einer vollkommen grotesken und phantastischen Form vorkommt, während es sich hier um eine Schilderung handelt, die realistisch sein soll und derartige Vorfälle nicht nur als möglich, sondern gewissermaßen als die Regel hinstellt. Es wird also der ganze Stand betroffen.

An das Werk schloß sich eine, leider nur in der Fachpresse erschienene Auseinandersetzung an [2]).

Weiter wäre zu erwähnen *Leonhard Frank*, ein mit dem Fontane-Preis bedachter Dichter, der in seinem Buche „Erwachen“ einen Dichter sagen läßt: „Nach meiner Anschauung ist Ihre moderne Psychiatrie eine seelische Hochstapelei, die mit exakter Wissenschaft ganz und gar nichts gemein hat“ — ein Wort, das die „Irrenrechtsreform schleunigst als Motto auf eines ihrer Hefte setzte (11. Jahrg. 1909). Erwähnt sei weiter noch als eines der übelsten Erzeugnisse dieser Art der im Jahre 1899 in Berlin aufgeführte Schwank: „Busch und Reichenbach“ [3]) und die Bemerkungen der Presse dazu, ferner aus neuerer Zeit ein Irrenhausdrama: „Die Turbine“ von *Müller-Eberhardt*, sowie die Artikel in der Künstlerzeitschrift: „Die Aktion“ von *Pfempfert*, *Hiller* und anderen [2]) — alles Gesagte selbstverständlich nur als Beispiel und ohne jeden Anspruch auf Vollständigkeit.

---

[1]) Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 13, S. 424.

[2]) *H. Haymann*, „Irrenärztliche Bemerkungen zu Heinrich Manns neuem Buch“. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 39, S. 225. *W. Mayer*, „Bemerkungen eines Psychiaters zu dem Angriffe auf die Psychiatrie in der neueren Literatur“, ebenda Bd. 44, H. 1. *Eskuchen*, „Entgegnung hierauf“. Ebenda Bd. 46, S. 155. Erwiderungen von *Mayer*, S. 160 und von *Haymann*, S. 164.

[3]) Vgl. „Bühne und Irrenanstalt“. Psych. Wochenschr. Bd. I, S. 359.

Und schließlich braucht ja bloß an das Wort *Kino*[1]) erinnert zu werden, um die unendlichen Möglichkeiten einer unkontrollierbaren, teils gutgläubigen, teils bewußten Entstellung und Verhetzung, in entsprechender Aufmachung gebracht, anzudeuten.

Der Deutsche Verein für Psychiatrie stand in den letzten Jahren vor dem Kriege auf dem Standpunkt: quieta non movere. Im wesentlichen war für diese Stellung wohl maßgebend die Befürchtung, daß durch eine neue grundsätzliche Regelung wahrscheinlich doch nur eine Verschlechterung der einzelnen landesrechtlichen Bestimmungen oder Verordnungen zu erwarten sei. Auch schreckten wohl die Spuren der drohenden österreichischen „Entmündigungsordnung" (vgl. S. 97). Im Reichstage kam die Angelegenheit dann nochmals am 26. XI. 1912 durch den Abgeordneten *Thiele* zur Sprache[2]) bei Gelegenheit einer Petition, die der Petitionsausschuß der Regierung als Material zu überweisen beantragte. Auch dieser Redner war ganz von dem Gedanken erfüllt, daß eine „Fülle von Material" vorliege, und daß eine „völlige Rechtsunsicherheit" darüber bestehe, „ob einer in das Irrenhaus gesperrt wird". Auch er zitierte u. a. wieder den oben näher besprochenen Alexianerprozeß und meinte, daß die landesgesetzliche Regelung des Irrenwesens versagt habe.

Diesmal aber erfolgte sofort die richtige Antwort: der Abgeordnete Dr. *Gerlach*, der frühere Direktor der Heilanstalt in Münster i. W., erwiderte ihm — leider, was sehr charakteristisch ist, nicht im Namen seiner Partei, des Zentrums, sondern nur persönlich, — er erwiderte ihm u. a. mit einer eingehenden Schilderung der gesetzlichen und verwaltungsrechtlichen Bestimmungen in ganz Deutschland und aller damit zusammenhängenden Fragen[3]).

Dann kam der Krieg, während dessen allerdings nicht alles ruhte, und schließlich die Revolution. Schon vorher hatte der stets rege gebliebene Irrenrechtsreformverein den Petitionsausschuß des Reichstags beständig mit seinen einseitigen Informationen in Atem gehalten und anscheinend seinen Eindruck auf manche Abgeordnete nicht verfehlt. Es wurde damals ein Reichsirrengesetz vorbereitet, und unterm 4. VI. 18 hat zu diesem Zwecke das Reichsamt des Innern

[1]) Vgl. *Mercklin*, „Psychiatrische Fälschungen auf Lichtbildbühnen". Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 14, S. 193 und *Becker*, „Der Andere". Ebenda S. 541.

[2]) Stenographischer Bericht s. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 15, S. 8 u. 27.

[3]) Auch über den weiteren Verlauf dieser Debatte s. ebenda.



eine Rundfrage veranstaltet bezüglich der seither bestehenden einzelstaatlichen Regelungen der Frage. Der Hinweis *Wattenbergs*[1]) fand infolge der politischen Umwälzung keine Beachtung bei den Fachgenossen.

Die Revolution wurde von der ganzen antipsychiatrischen Bewegung selbstverständlich sofort jubelnd begrüßt.

„Wie fast sämtliche deutsche Irrenärzte durch Verdummungslehren sich an dem Gewaltsystem beteiligt haben, Menschenrechte und Volksfreiheit zu verachten, das ist nur als Verbrechen zu kennzeichen. Wir haben nie zurückgeschreckt vor dieser Behauptung und fordern die heute herrschende Regierung auf, die Schreckensherrschaft der irrenärztlichen Verbrecher, die unter der scheinheiligen Maske der Volkswohlfahrt den davongejagten Regierungen gut gelohnte Bütteldienste leisteten, ein schnelles Ende zu bereiten. Unerträglich ist der Gedanke, daß diese Peiniger des Menschengeschlechts, die hinter der Abgeschiedenheit der Irrenhausmauern mit schrankenloser Willkür den Körper und die Seele vergifteten, noch länger vom Revolutionsgeist verschont bleiben sollen. Der wüste Imperialismus der deutschen Psychiatrie wurde aber erst möglich durch ihre Versippung mit der gestürzten behördlichen Reaktion. Wo die Behörden einem unbequemen Staatsbürger den bürgerlichen Tod geben wollten, waren die deutschen Irrenärzte wie feile Dirnen zu haben. Die Dritten im Bunde dieses neuzeitlichen Entrechtungssystems, das an die Stelle des mittelalterlichen heimtückischen Dolches das Irrenhaus und die Entmündigung setzte, waren deutsche Richter, die das Schwert der Gerechtigkeit mißbrauchten[2]). Hinaus aus der Rechtspflege mit diesen Ketzerrichtern! Fort mit ihnen aus den Vormundschafts- und Entmündigungsgeheimkammern, wo sie als willenlose Schergen der verjagten Staatsbonzen jahrzehntelang schweren Schaden angerichtet haben! Das Volk wird nicht ruhen, bis der Revolutionsbesen auch bei den Gerichten gründlich gekehrt hat!" — „Und was soll aus den Hunderten von deutschen Privatanstalten werden? Will die Volksregierung diesen Hohn auf deutsche Freiheit, diese Privatgefängnisse, in denen jeder Mensch, der genügend Großgeld hatte, seinen Gegner verschwinden lassen konnte, fortbestehen lassen? Soll es so bleiben, daß sich in diesen Räuberhöhlen tausend vornehme Verbrecher vor dem Arm der Gerechtigkeit sicher verstecken und ein Herrenleben führen?" — „Es ist unbedingte Pflicht einer Volksherrschaft, diese Schandmale auf deutscher Erde, die in den Radspeichen eines demokratischen Staatswesens überflüssig sind, endgültig zu beseitigen"[3]).

Dies nur ein Beispiel. Das sind die Kreise, die, wie wir noch sehen werden, bestimmenden Einfluß auf die Entstehung des letzten Reichsgesetzentwurfes ausüben konnten unter grundsätzlicher und syste-

---

[1]) Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 20, vom 7. XII. 18, S. 223.

[2]) Auch im Original gesperrt gedruckt.

[3]) Irrenrechtsreform 1919, Nr. 62, S. 161.

matischer Ausschaltung der in erster Linie dazu Berufenen, der deutschen Irrenärzte.

Schon am 18. November 1918 richtete der „Bund für Irrenrechtsreform" ein großes Gesuch an den Rat der Volksbeauftragten und verlangte zunächst „Befreiung all der Unglücklichen, die von den gestürzten Gewalthabern als unbequem gewordene Staatsbürger in die Irrenhäuser gesperrt worden seien". Weiter wurde verlangt: „Aufhebung sämtlicher Entmündigungen wegen Querulantenwahn" und schließlich eine neue Gesetzgebung und ein neuer Beirat — selbstverständlich ist gemeint aus dem Kreise der Irrenrechtsreformer — „zur Kontrolle und Sanierung des gesamten deutschen Irrenwesens". Der preußische Ministerpräsident *Hirsch* sagte dem Geschäftsführer des Bundes ebenfalls schon im Herbst 1918 eine Reform des Irrenrechts zu.

Die allgemeine Amnestie betraf auch den Leiter dieses Bundes, Schriftsteller *Elmer*, der kurz vorher noch wegen Beleidigung eines Anstaltsdirektors zu 500 M. Geldstrafe verurteilt worden war — und schließlich wurde auch das Beleidigungsverfahren gegen den gleichen Führer und einen seiner Anhänger in einer anderen Sache eingestellt, „noch ein kalter Wasserstrahl", wie die Irrenrechtsreform jubelnd meldete [1]).

„Noch ein paar kräftige Ruderschläge, dann sind wir vor dem Ziel unserer gemeinnützigen Bestrebungen. Nie war die Zeit so günstig, die Psychiatrie vernichtend zu schlagen [2])!"

Schritt für Schritt ging es weiter. Ministerialdirektor Dr. *Kirchner*, der „Medizinpapst" im preußischen Ministerium, „ist gegangen worden". „Freie Bahn im Kampfe gegen die Psychiatrie!"

Nach privaten Mitteilungen soll von seiten eines damaligen Regierungsmitgliedes auch der Ausdruck gefallen sein: „Wir werden Euch Psychiatern ein Irrengesetz aufbrummen, das sich gewaschen hat! [3])"

Am 29. III. 1919 fanden in Berlin zahlreiche Massenversammlungen statt. Den Ton der dort gehaltenen Reden wird man sich nach den oben gegebenen Beispielen unschwer ausmalen können.

---

[1]) Es handelte sich um die Broschüre „Geld und Irrenhaus" (vgl. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 15, S. 572), deren Beschlagnahme von der Strafkammer in Stuttgart am 4. III. 1914 beschlossen worden war (ebenda S. 621). Vgl. auch *Mörchen*, ebenda Bd. 14, S. 454 und 545 und Bd. 15, S. 138.

[2]) Irrenrechtsreform 1919, Nr. 62, S. 174.

[3]) *v. Ehrenwall*, Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie. Dresden 1921.



Im August 1919 wurden „die Forderungen des Bundes" der Regierung überreicht:

1. Vorzug der einheitlichen Gesetzgebung für den gesamten Umfang der deutschen Republik vor verschiedenartigen Irrenrechtsgesetzen für einzelne Landesteile.

2. Hineinarbeiten der „Ausführungsbestimmungen", die beim Irrenrecht von schwerwiegenderer Bedeutung sind als bei anderen Gesetzen, in das Gesetz selbst, oder Sicherung des Einflusses der gesetzgebenden Körperschaften auf die Gestaltung der Ausführungsbestimmungen.

3. Revision und zum Teil Aufhebungen der Hunderte von Ministerialverfügungen über Irrenrecht.

4. Fortfall der sogenannten „administrativen Beseitigung" durch Verrückterklärung wegen untergeschobenen Querulantenwahns, auch bei der Kirche, gegenüber Geistlichen[1]).

5. Strafbestimmungen gegen fahrlässige Internierung und Entmündigung, Feststellung der Kostentragung und sonstigen Schadenersatzpflicht für die Urheber unberechtigter, als auch fahrlässiger Internierung und Entmündigung.

6. Übernahme der Fürsorge für geisteskranke Verbrecher auf den Staat.

7. Trennung der Alkoholkranken von den Irrenanstalten, Errichtung einer großen Zahl Heilstätten mit Arbeitszwang.

8. Strengste Maßnahmen gegen Mißhandlungen Kranker durch Irrenanstaltspfleger.

9. Durchgreifende soziale Fürsorge für die aus Irrenanstalten Entlassenen.

10. Beseitigung des psychiatrischen Sachverständigen-Unwesens, persönliche Haftpflicht für fahrlässige Falschgutachten[1]).

11. Sicherheit gegen das Unwesen der Privatirrenanstalten[1]), am besten durch Sozialisierung und ständige Überwachung.

12. Bildung paritätisch zusammengesetzter, aus Ärzten, Juristen und anderen lebenserfahrenen Sachkennern bestehender Überwachungsausschüsse in engabgegrenzten Landesgebieten, Angliederung dieser Ausschüsse an die neu zu bildenden Bezirksarbeitskammern, Vertretung im Reichswirtschaftsrat, oder Schaffung einer Irrenrechtszentralstelle für den gesamten Wirkungskreis des Irrenrechtsgesetzes[2]).

Einige dieser Forderungen sind Selbstverständlichkeiten und wohl nur als Fassadenzier angebracht, wie 8 und 9. Ganz unverständlich ist Forderung 6, sehr charakteristisch Forderung 4 und 10, der wichtigste Punkt dabei zugestandenermaßen Forderung 12.

Eine Unmasse von Broschüren wurde unter das Volk geworfen, einige Titel mögen genügen: „Rechtsmogeleien", „Paraldehyd, Sil-

---

[1]) Im Original nicht gesperrt gedruckt.

[2]) Irrenrechtsreform 1919, Nr. 64, S. 195.

houetten aus dem Irrenhause", „Gemeingefährlichkeit des Vertuschungssystems und des Anstaltszwanges", „Rechtsunsicherheit unter dem letzten Kaisertum", „Zeitgemäße Medizinalpolitik" „Endlich Reform des Irrenrechts?" usw.,

„Einer der reaktionärsten Psychiater, der Geh. Obermedizinalrat Prof. Dr. *Moeli*, vortragender Rat im preußischen Ministerium des Innern, ist anfangs November 1919 an Arteriosklerose gestorben." — „An seiner Stelle wurde mit der kommissarischen Führung der Geschäfte im August der bisherige medizinische Hilfsarbeiter im Ministerium des Innern, Mitglied der preußischen Landesversammlung, Nervenarzt Dr. *Alfred Beyer*, betraut, der als früherer Anstaltsarzt die Irrenhausmißstände sehr genau kennt [1])."

Dr. *Alfred Beyer*, [nicht etwa identisch mit Dr. *Bernhard Beyer*, dem Verfasser des oben mehrfach erwähnten Buches,] war während des Krieges Arzt an der Heil- und Pflegeanstalt Neustadt in Ostpreußen und wurde nach Ausbruch der Revolution Mitglied des dortigen Arbeiter- und Soldatenrates, dann sozialdemokratisches Mitglied des preußischen Landtages. Später wurde er endgültiger Nachfolger *Moelis* und bekleidet diese Stelle heute noch.

Am 29. Oktober 1919, — [also schon vor dem Tode *Moelis*,] — „fand im Wohlfahrtsministerium eine erste mehrstündige Besprechung zwischen Herrn Dr. *Beyer*, unserem Bundesvorsitzenden Herrn Dr. *Winsch* und dem Bundesgeschäftsführer statt. Auf eine ausdrückliche Frage erklärte Dr. *Beyer*, er habe den Auftrag zur Ausarbeitung eines Irrenrechts-Gesetzentwurfes, der möglichst noch vor den Parlamentsneuwahlen als Gesetz verabschiedet werden soll, und sei ermächtigt, mit führenden Irrenrechtsreformern zu verhandeln. Im November und Dezember 1919 fanden dann weitere Konferenzen mit uns unter Hinzuziehung von Parlamentariern und Rechtsanwälten statt" — so schreibt wenigstens die Irrenrechtsreform [2]).

Am 17. XI. 21 konnte der Berliner Lokalanzeiger aus der Korrespondenz des Bundes melden, daß „der vom Reichsministerium des Innern auf Grund des ihm von den Parlamenten und anderen Stellen überwiesenen Materials ausgearbeitete Entwurf zu einem Reichsirrengesetz kurz vor der Vollendung" stehe. Ein gleicher Entwurf liege seit fast zwei Jahren im Preußischen Wohlfahrtsministerium fertig. Vertreter beider Ministerien sollten aus beiden Entwürfen das Brauch-

[1]) Irrenrechtsreform 1920, Nr. 65, S. 217.
[2]) Irrenrechtsreform Nr. 65, 1920, S. 218.

barste vereinigen. Zur Durchberatung sollten außer Ärzten, Juristen und Verwaltungsbeamten auch sachkundige Personen aus anderen Berufskreisen hinzugezogen werden [1]).

Schließlich berichtete die Irrenrechtsreform in gleicher Nummer [2]): „An der Ausarbeitung des im Wohlfahrtsministerium seit 2 Jahren fertiggestellten Irrenrechtsgesetzentwurfes hat die Bundesleitung hervorragenden Anteil. Zur vorläufigen Redigierung des Entwurfes fanden im Ministerium etwa 20 Konferenzen mit Bundesvertretern statt", — und schließlich konnte das gleiche Nachrichtenblatt für Irrenrechtsreform [3]) bereits einen Abschnitt aus dem damaligen Irrenrechtsgesetzentwurf des Wohlfahrtsministeriums veröffentlichen: „Abschnitt C. Überwachung des Irrenwesens, Zentralbeirat und Überwachungsausschüsse". Dieser Zentralbeirat und die Überwachungsausschüsse sollten sich aus 4 bis 6 Mitgliedern zusammensetzen, die auf Vorschlag des Regierungspräsidenten bzw. direkt von dem Wohlfahrtsministerium ernannt würden, und von denen die Hälfte Laien sein müßten; bei 5 Mitgliedern sollen 3 aus Laienkreisen bestehen. —

Und wie stellten sich die deutschen Irrenärzte zu dieser Bewegung? Im April 1921 fand auf der Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Dresden eine eingehende Besprechung des ganzen Problems statt, im Anschluß an Referate zweier hervorragender Fachleute, die sich schon seit Jahren mit dieser Frage befaßt hatten, des Ordinarius für Psychiatrie, Geh. Rat Prof. Dr. *Schultze*, Göttingen, und des bekannten Juristen und Parlamentariers Geh. Rat Prof. Dr. *Kahl*. Die von diesen beiden aufgestellten „Leitsätze über die Schaffung eines neuen Irrengesetzes" lauteten:

A. Allgemeines.

I. Vor der bisher in der Mehrzahl der Länder üblichen Regelung der Fürsorge für Geisteskranke und ihrer Beaufsichtigung innerhalb und außerhalb der Anstalten, insbesondere vor der Feststellung der allgemeinen rechtlichen Bedingungen, unter denen Geisteskranke in Anstalten verwahrt werden können oder müssen, auf dem Wege der Verordnungen verdient die gesetzliche Regelung den Vorzug (Reichsfürsorgegesetz für Geisteskranke).

Zu fordern ist, daß unter entscheidender Mitwirkung der Irrenärzte berechtigte ärztliche Rücksichten auf den Kranken und seine Umgebung nicht hinter rein rechtlichen Gesichtspunkten zurücktreten.

---

[1]) Ebenda Nr. 70, Januar 1922, S. 4.
[2]) S. 2.
[3]) S. 3.

II. Es empfiehlt sich nicht, alle zu den verschiedensten Rechtsgebieten, wie StGB., StPO., BGB., ZPO., Gewerberecht usw. gehörenden Rechtsfragen, die den Geisteskranken angehen, in einem Irrengesetz zu vereinigen.

III. Die Schaffung eines Reichsfürsorgegesetzes erscheint dringend wünschenswert, um eine einheitliche Auffassung der Aufgaben der Irrenfürsorge, besonders hinsichtlich der Verwahrung gesellschaftsfeindlicher kranker Personen, zu sichern; sie erscheint trotz der großen örtlichen Verschiedenheiten dann nicht bedenklich, wenn das Reichsfürsorgegesetz sich auf wesentlich normative Regelung der Grundlagen des Irrenrechts beschränkt, dagegen die Einzelgestaltung und Ausführung der reichsgesetzlichen Bestimmungen nach wie vor der Zuständigkeit der Länder oder Provinzen verbleibt.

IV. Die Errichtung und Verwaltung der öffentlichen Irrenanstalten soll nach wie vor den einzelnen Ländern oder Provinzen zufallen.

V. Die Schaffung einer Zentralbehörde für das Irrenwesen, die von einem in der Anstaltspflege erfahrenen Irrenarzte geleitet wird, für den Geltungsbereich des Reiches oder der einzelnen Länder bzw. Provinzen ist dringend geboten.

VI. Die Anstaltsverwahrung von kriminellen Geisteskranken (Zurechnungsunfähigen, vermindert Zurechnungsfähigen, auch der Trunksüchtigen) ist ausschließlich der Regelung durch das künftige Strafgesetzbuch und Strafvollzugsgesetz zu überlassen.

B. Besonderes.

I. Kranke innerhalb der Anstalten.

1. Die völlig formlose Aufnahme einzuführen, erscheint nicht ratsam. Das Aufnahmeverfahren ist aber möglichst zu vereinfachen und zu erleichtern, sowie von der Sicherung der Kostenfrage zu lösen, um die sofortige Unterbringung eines anstaltspflegebedürftigen Kranken zu ermöglichen. Es ist zu unterscheiden die regelrechte, die dringliche, die freiwillige Aufnahme und die Aufnahme zum Zwecke der Beobachtung. Für die dringliche Aufnahme genügt das Attest des den Kranken aufnehmenden Anstaltsarztes unter der Bedingung der sofortigen Vervollständigung der Aufnahmevorschriften. Die Polizeibehörde soll das Recht haben, auch ohne Gerichtsbeschluß auf Antrag eines beamteten Arztes eine sich auffallend gebärdende, störende oder gefährliche Person zum Zwecke der Beobachtung für einen bestimmten Zeitraum einer Anstalt zu überweisen, auch wenn Geisteskrankheit noch nicht festgestellt ist.

Das Attest eines Arztes genügt für die endgültige Aufnahme.

Für die Frage der Anstaltspflegebedürftigkeit eines Kranken sollen vor allem rein ärztliche Gesichtspunkte maßgebend sein, nicht nur seine Gefährlichkeit oder gar Gemeingefährlichkeit. Die Anstaltspflegebedürftigkeit, eine Frage des Verwaltungsrechts, darf unter keinen Umständen mit der Entmündigungsreife, einer Frage des Zivilrechts, oder mit der Feststellung des Grades der Geschäftsfähigkeit verquickt werden.

Jede Aufnahme ist der Sicherungsbehörde anzuzeigen, die die Anstalt in irrenrechtlicher Beziehung überwacht.

2 a. Jeder Anstaltsinsasse hat ohne Unterschied des Lebensalters



und des Grades seiner Geschäftsfähigkeit jederzeit das Recht, bei der Sicherungsbehörde gegen seine Anstaltsunterbringung und die mit ihr zusammenhängenden Maßnahmen der Anstalt Einspruch zu erheben. Dieses Recht kann auch von gesetzlichen Vertretern oder Anverwandten ausgeübt werden. Das dann einzuleitende Sicherungsverfahren ist dem Entmündigungsverfahren, wenngleich es materiell mit ihm nichts gemein hat, hinsichtlich der Form nachzubilden und, wiewohl es Fragen des öffentlichen Rechts zu entscheiden hat, aus praktischen Erwägungen den ordentlichen Gerichten zu übertragen, nicht den Verwaltungsgerichten. Die erste Instanz ist das Amtsgericht (Abteilung für Vormundschaftssachen), in dessen Bezirk die Anstalt liegt. Grundsätze für das Verfahren sind: nicht öffentliche, mündliche Verhandlung; Anhörung des Beschwerdeführers, von der nur ausnahmsweise vor der ersten gerichtlichen Entscheidung abgesehen werden darf; Vernehmung von Sachverständigen, jedenfalls des Anstaltsarztes; Zulassung von Fürsorgern oder Anwälten ohne Anwaltszwang; fakultative Mitwirkung der Staatsanwaltschaft.

2 b. Dem gesetzlich nicht vertretenen Anstaltskranken kann ein Fürsorger für alle die Angelegenheiten bestellt werden, die mit seiner Anstaltsverwahrung und deren Beendigung in einem wenn auch nur losen Zusammenhang stehen. Die Einrichtung von Berufsfürsorgern verdient ernstliche Beachtung.

3. Für die Entlassung sollen in erster Linie ärztliche Gesichtspunkte (Heilung oder so erhebliche Besserung des Aufgenommenen, daß er nicht mehr anstaltsbedürftig ist) maßgebend sein. Verlangt der freiwillig Eingetretene seine Entlassung oder ist die Beobachtungszeit (vgl. B I 1) abgelaufen, so erfordert seine weitere Anstaltsverwahrung das regelrechte Aufnahmeverfahren.

II. Kranke außerhalb der Anstalt.

Die Fürsorge für Geisteskranke, die nicht oder nicht mehr in einer Irrenanstalt untergebracht sind, muß einer Fürsorgebehörde (vgl. B I 2b) übertragen werden, die für den Bezirk einer Anstalt gebildet und unter deren Leitung gestellt wird.

Das Wesentlichste dieser Leitsätze ist also:

1. die möglichst erleichterte Aufnahme;
2. die Ablehnung jeder Verquickung des Begriffes „Anstaltsbedürftigkeit“ mit Begriffen wie „Gefährlichkeit“, „Gemeingefährlichkeit“, „Geschäftsfähigkeit“, „Entmündigungsreife“ usw.;
3. Ausbau des Beschwerdeverfahrens ähnlich dem Entmündigungsverfahren durch Heranziehung des Amtsgerichts;
4. Forderung von Fürsorgebehörden für die Kranken außerhalb der Anstalt.

An das Referat schloß sich eine ausgedehnte Diskussion [1]).

---

[1]) Vgl. Zentralbl. f. Neurol. u. Psych. Bd. 25, S. 522 und *Schultze*, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 77, S. 367.

Diese Leitsätze, die also von der sachverständigsten und autoritativsten Stelle ausgingen, die zur Erörterung dieser Frage überhaupt in Betracht kommen konnte, wurden dem Reichsministerium des Innern übersandt, zugleich mit der Bitte, den dortigen Entwurf alsbald zur gutachtlichen Stellungnahme dem Deutschen Verein für Psychiatrie zugehen zu lassen. Darauf erfolgte von seiten der Regierung, soweit bekannt, keine Antwort.

Auch die Standesorganisation, der Reichsverband beamteter deutscher Irrenärzte E. V. war nicht müßig gewesen. Schon vor jener Tagung, im März 1921, hatte sich der Vorstand an das Reichsministerium des Innern gewandt mit der Bitte, ihm den Entwurf zur Kenntnisnahme und Stellungnahme zu übersenden. Die Antwort lautete ausweichend: Die Vorarbeiten seien noch nicht abgeschlossen, und es werde zu gegebener Zeit die Beteiligung der psychiatrischen Wissenschaft ins Auge gefaßt werden.

Daraufhin erwiderte der Reichsverband: die Beteiligung der Wissenschaft sei doch wohl selbstverständlich, er habe gebeten, als Vertreter der Standesorganisation gehört zu werden. Darauf erfolgte wiederum keine Antwort.

Als man nun aus der Irrenrechtsreform und aus der Tagespresse erfuhr, daß im preußischen Wohlfahrtsministerium ein analoger Entwurf ausgearbeitet werde, wandte sich der Reichsverband mit einem gleichlautenden Schreiben am 8. III. 22 dorthin, bekam aber ebenfalls eine ausweichende Antwort: die Arbeit sei abgebrochen worden, weil das Reich einen gleichen Entwurf vorbereite.

Als von seiten des Reiches immer noch nichts erfolgte, wandte sich der Reichsverband am 15. XII. 22 nochmals an das Ministerium des Innern und bat um Übersendung des Entwurfes. Am 4. I. 23 erfolgte die Antwort, wiederum ausweichend: der Entwurf sei noch nicht beraten, solle aber seinerzeit übersandt werden. Auf ein nochmaliges entsprechendes Schreiben an das preußische Wohlfahrtsministerium vom 2. III. 23 wurde am 19. IV. 23 erwidert: der Entwurf sei nicht fertig beraten und dann seien die gesamten Akten dem Reiche zur Verfügung gestellt worden [1]).

Die offizielle Standesorganisation wurde also systematisch hingehalten. Aber schon 1¼ Jahre vorher, im Jahre 1922, hatte, wie oben erwähnt, die „Irrenrechtsreform" triumphierend mitteilen

---

[1]) Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 25, 1923, S. 62.



können, daß schon 20 Konferenzen mit ihren Bundesvertretern stattgefunden, und daß der Bund an der Gestaltung des Entwurfes hervorragenden Anteil gehabt habe! Diese Mitarbeit des Bundes ist denn nun auch allerdings an dem bald darauf erscheinenden Entwurfe unverkennbar.

Erst im Oktober 1923 erhielt dann der Reichsverband zu gleicher Zeit mit den Regierungen der einzelnen Länder den Entwurf zur Stellungnahme zugesandt.

III. Die seitherigen gesetzlichen und verwaltungsrechtlichen Regelungen in Deutschland.

Bevor wir zur Besprechung des eben genannten Entwurfes übergehen, ist es vielleicht zweckmäßig, einen kurzen Rückblick zu werfen auf die seither in Deutschland bestehenden Regelungen, wie sie sich im Laufe der Zeit entwickelt, also auf die Dinge, die bei einer „Irrenrechtsreform" geändert werden sollen. [Bezüglich der Einzelheiten sei auch auf den im Teil IX beigefügten Wortlaut einiger der wichtigsten der uns hier interessierenden Verfügungen und Gesetze verwiesen [1].]

In Preußen war die Aufnahme und die Entlassung in Irrenanstalten seither nicht durch ein Gesetz geregelt, wohl deshalb, weil das Irrenwesen in den Händen der Provinzen liegt. Die einzelnen Provinzial-Landtage genehmigten auf Antrag der jeweiligen Provinzial-Regierung entsprechende Verordnungen, die dann wiederum ihrerseits die ministerielle Genehmigung der Landesregierung erhielten. Trotz dieses Verfahrens besteht unter diesen Verordnungen eine derartige, teils sich direkt auf den Wortlaut erstreckende Übereinstimmung, daß man praktisch von einer einheitlichen Regelung des Irrenwesens in Preußen reden kann.

Von den reinen Verwaltungsfragen, insbesondere der Regelung der Zahlungsverpflichtung und vielem anderen mehr sei in nachstehendem nicht weiter die Rede, da dies auf ein ganz anderes Gebiet übergreifen würde.

Was die rechtliche Seite der Frage anlangt, so versteht man bei Durchsicht dieser Verordnungen durchaus, daß *Posadowsky* im Jahre 1902 auf dem Standpunkte stand, diese Bestimmungen genügten vollkommen, und daß Preußen eine reichsgesetzliche Regelung damals für überflüssig hielt.

Die Verordnungen sind teilweise schon recht alt. So stammt z. B. das Reglement der Provinz Hannover aus dem Jahre 1877 und ist mit entsprechenden und wahrscheinlich nicht allzu wesentlichen Nachträgen noch heute in Kraft. Das Reglement der Provinz Brandenburg stammt aus dem Jahre 1893, das der Rheinprovinz aus dem Jahre

[1]) Vgl. auch *Gerlach*, l. c. und *Moeli* „Fürsorge für Geisteskranke" C. Marhold, Halle, 1915.

1899, das der Provinz Sachsen von 1902 und das Ostpreußens von 1912. Die übrigen sind neueren Datums, dürften jedoch ebenfalls nur Weiterbildungen von grundsätzlich gleichen Verfügungen früherer Jahre darstellen.

Der wesentlichste Grundzug aller dieser Bestimmungen ist die fast kindliche Angst, es könne ein geistig gesunder Mensch von böswilligen Angehörigen widerrechtlich in eine Anstalt gesperrt bzw. von unfähigen oder bestochenen Irrenärzten widerrechtlich als Gesunder oder wieder Genesener dort zurückgehalten werden, eine Angst, die, wie oben des näheren dargelegt, nur historisch zu verstehen ist als Folge des alten Vorurteils und der jahrzehntelangen gewissenlosen Hetze unverantwortlicher Kreise.

Weiterhin schwebt über allen diesen Verfügungen der Gedanke, daß der beamtete Jurist, die Staatsbehörde, im Gegensatz zu den beamteten Irrenärzten, die einzig objektive, unbeeinflußbare und wahrhaft gerechte Instanz sei, die derartige Mißgriffe verhindern könne. Die Voraussetzung dazu ist wohl schließlich der Gedanke, daß zur Beurteilung der Frage, ob jemand geisteskrank sei und einer Anstaltsbehandlung bedürfe oder nicht, keinerlei besondere Sachkenntnis vonnöten sei, sondern daß dazu der „gesunde Menschenverstand" genüge, zum wenigsten aber der Verstand, der nach einem bekannten Sprichworte auch stets mit einem entsprechenden Amte verknüpft zu sein pflegt. Daß die Irrenanstalten nach dem Geiste dieser Bestimmungen dann wieder reine Verwahrungsanstalten für unsoziale Elemente und für gemeingefährliche Geisteskranke sein müßten, kam als weitere Konsequenz hinzu.

Teilweise ist, wie auch sonst häufig in Deutschland, dem beamteten Kreisarzte (Gerichtsarzt, Bezirksarzt, Physikus) ein weitgehendes Vertrauen geschenkt, der ja zwar stets früher einmal in Psychiatrie geprüft worden ist, für den dieses Fach jedoch der Natur der Sache nach nur ein Grenzgebiet darstellt, das er unmöglich so beherrschen kann wie der Irrenarzt, der sich ausschließlich damit befaßt, und der mit den Fortschritten der Wissenschaft auf dem laufenden bleiben muß. Der Kreisarzt erscheint also, weil er sozusagen wenigstens halber Laie in diesen Dingen ist, infolgedessen weniger verdächtig, während der wirkliche Fachmann, der ja bekanntlich überhaupt schon jeden Menschen für verrückt hält, nach der Ansicht der Verfasser dieser Bestimmungen wahrscheinlich ohne weiteres jeden, der ihm als angeblich geisteskrank „eingeliefert" wird, auch prompt dafür erklären wird.

Einzelne dieser provinzialen Verordnungen sind besonders strenge,

besonders mißtrauisch gegen die Irrenärzte, andere sind wieder etwas großzügiger bzw. sind durch Änderungen gemildert, soweit der ganze Rahmen, innerhalb dessen sie sich bewegen, dies zuläßt.

Glücklicherweise war jedoch die Macht der Tatsachen stärker als aller Burokratismus, das Eingreifen der Behörden wurde in Wirklichkeit zur reinen Formalität, und für die meisten Fälle war das Hintertürchen der dringlichen Aufnahmen vorhanden, bei denen alle Formalitäten nachträglich nachgeholt werden konnten.

Dem Wortlaute der Verfügungen nach ist der Gang der Dinge bei einer normalen Aufnahme fast in ganz Preußen der, daß die Angehörigen bzw. die verfügungsberechtigten Personen einen Antrag bei der Ortspolizeibehörde oder bei dem Landrate stellen und ihm die nötigen Unterlagen vermögensrechtlicher Art sowie ein ärztliches Attest einreichen. Unter Umständen muß über alles das eine besondere „Verhandlung“ aufgenommen werden. Die örtliche Behörde muß erklären, daß einer Aufnahme in die Anstalt polizeiliche Bedenken nicht entgegenstehen. Haben die Akten den vorschriftsmäßigen Umfang angenommen, so werden sie von dem Landrat [bzw. in größeren Städten von der Polizeibehörde] mit einer neuen „Unbedenklichkeitserklärung“ an den Direktor der zuständigen Anstalt weitergeleitet. [Soll die Einweisung des Kranken auf Antrag einer staatlichen Behörde erfolgen, so kann diese ihren Antrag meist direkt an die Direktion senden.] Der Direktor prüft die Unterlagen und reicht das Aktenbündel mit einer kurzen gutachtlichen Äußerung an den Landeshauptmann weiter, und dieser „genehmigt“ bzw. „verfügt“ dann die Aufnahme des Kranken, die selbstverständlich innerhalb einer bestimmten Frist zu erfolgen hat.

Trotzdem für die Behandlung dieser Vorgänge vielfach „Eile“ amtlich vorgeschrieben ist, kann man sich vorstellen, welche Zeit dieser Dienstweg beansprucht, und es wird wohl überall in der Praxis stets so gewesen sein, daß die meisten Aufnahmen als „dringlich“ mit einem einfachen ärztlichen Attest ohne weiteres stattfanden[1]), und daß dann erst, wenn kein Unheil mehr entstehen konnte, der Amtsschimmel seinen langen Weg begann.

Eine gewisse Ausnahme hiervon machen die Rheinprovinz, Hannover, Schleswig-Holstein und Westfalen. Im Rheinland ist der Antrag an die Direktion der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt direkt zu richten, und diese entscheidet „nach näherer Anleitung ihrer Dienstinstruktionen und unter Aufsicht des Landeshauptmanns“, die in diesen

---

[1]) Vgl. S. 40.



Fällen offensichtlich nur eine Formsache ist. Nur bei Aufnahmen im Wege der öffentlichen Armenpflege ist zur Sicherstellung der Kosten ein ausgefüllter armenrechtlicher Fragebogen unmittelbar an den Landeshauptmann einzureichen; sinngemäß ganz ähnlich ist die Regelung in Schleswig-Holstein. In Hannover kann, wenigstens bei Provinzangehörigen, der Direktor entscheiden. Auch für Westfalen wurde im Jahre 1922 durch Verfügung des Landeshauptmanns angeordnet, daß bei Aufnahmen in öffentliche Anstalten der Antrag an die Direktion selbst und nicht erst durch Vermittlung des Kreisausschusses an den Landeshauptmann gerichtet werden solle.

Von der erfolgten Aufnahme muß wohl in ganz Preußen an zahlreiche Dienststellen eine Meldung gesandt werden an Landrat, Polizeibehörde, Landeshauptmann, vielfach aber auch an die zur Entmündigung zuständige Staatsanwaltschaft — ausgehend offenbar von dem ganz unzutreffenden Gedanken, daß jeder in einer Anstalt internierte Geisteskranke auch beschränkt geschäftsfähig oder geschäftsunfähig sei und einer Entmündigung bedürfe.

In der Provinz Schlesien besteht hier eine Sonderbestimmung: der § 4 der Ausführungsvorschrift vom 11. April 1895.

„In jedem Gesuche um Aufnahme müssen das Leiden und die Ursache der Hilfsbedürftigkeit des Aufzunehmenden bezeichnet sein. Dem Gesuche sind beizufügen: 1. . . . . . ., 2. die Erklärung des Hilfsbedürftigen oder dessen gesetzlichen Vertreters, daß die Unterbringung in eine Anstalt genehmigt wird", —

erhielt durch Verfügung des Landeshauptmanns vom 21. XI. 12 die Auslegung, daß bei allen Aufnahmen, die auf Kosten des Landesarmenverbandes erfolgen, in jedem einzelnen Fall entweder die Kranken selbst ihre Einwilligung zur Errichtung einer Pflegschaft erklären müssen, sowie daß sie mit der Unterbringung in der Anstalt einverstanden sind; hierüber ist ein amtliches Protokoll aufzunehmen. Oder aber die Direktion hat ein Pflegschaftsattest auszustellen, daß „eine rechtlich erhebliche Verständigung im Sinne des § 1910 BGB. mit dem Patienten nicht möglich ist".

Allerdings werden Pensionäre, Privatkranke oder Kranke, die auf Kosten anderer Behörden usw. aufgenommen werden, von dieser Verfügung nicht berührt. Es ist eigentlich nicht recht einzusehen, weshalb diese an sich ganz zweckmäßige Regelung der Frage nicht auch auf diese Kranken ausgedehnt wird, denn wenn überhaupt der Verdacht einer widerrechtlichen Internierung durch eigennützige Anverwandte besteht, so würde diese Möglichkeit doch viel eher bei Privatpatienten in Frage kommen können als bei solchen, die auf Kosten des Land-

armenverbandes in die Anstalt aufgenommen werden. Grundsätzlich wäre allerdings bei einer derartigen Lösung zu bemerken, daß dabei sicherlich in vielen Fällen der Begriff der „Verständigung" eine Auslegung erhält, die wahrscheinlich nicht ganz im Sinne des Gesetzgebers gelegen hat, zumal da bei frisch aufgenommenen Kranken recht häufig ein endgültiges Urteil über die Art und den Grad der Erkrankung gar nicht so ohne weiteres möglich ist. Es wäre übrigens interessant, hier einmal eine Statistik zu veröffentlichen, wieviel Prozent der Kranken in dieser Weise überhaupt sich von vornherein mit der Anstaltsaufnahme einverstanden erklären, es könnte dies vielleicht die weitverbreitete Ansicht entsprechend beleuchten, bzw. berichtigen, daß eigentlich fast jede Aufnahme nur unter heftigstem Sträuben des davon betroffenen Patienten vor sich gehe.

[Wie *Aschaffenburg*[1]) noch kürzlich mitteilt, hat er in über 20 Jahren seiner Tätigkeit in Köln unter jährlich 2000 und mehr Aufnahmen es im ganzen zweimal erlebt, daß Kranke sich gegen die Aufnahme beschwerten, und jedesmal handelte es sich um vollkommen einwandfreie Fälle, einmal um einen schizophrenen Alkoholisten, das andere Mal um einen Hypomanischen.]

Praktisch ist eine derartige Ausdehnung des Begriffes „Verständigung", wie sie in Schlesien geübt wird, an sich ja kein Fehler, wie es sich tatsächlich gezeigt hat, immerhin könnte mancher stark theoretisch eingestellte Jurist nicht ganz damit einverstanden sein. —

Bei Gemeingefährlichkeit erfolgt natürlich in ganz Preußen auch die direkte Einweisung durch die Polizeibehörde in der bekannten Weise.

Bezüglich der Entlassungen bestehen vielfach ebenfalls eine Reihe von Bestimmungen (Mitwirkung des Landeshauptmannes u. ä.) — Bestimmungen, die nur offene Türen einrennen und die in anderen Staaten meist kurz und sachlich ausgedrückt zu werden pflegen durch die Worte, daß die Entlassung in das Ermessen des ärztlichen Direktors gestellt sei.

Theoretisch und praktisch bedenklich erscheint die in manchen Provinzen noch vorhandene Bestimmung, daß eine Entlassung stets dann unbedingt erfolgen müsse, wenn eine Entmündigung rechtskräftig aufgehoben oder abgelehnt worden sei. Diese sich fast in allen „Reglements" findende Verfügung zeigt so recht die vollkommene Weltfremdheit derjenigen, die sie veranlaßt haben, denn der Begriff „beschränkte" oder „aufgehobene" Geschäftsfähigkeit deckt sich bekanntlich keineswegs mit dem Begriff der „Anstaltspflegebedürftigkeit". Das sind ganz verschiedene Dinge, das eine ein juristi-

[1]) „Zum Irrenfürsorgegesetz". Psych.-Neurol. Wochenschr. Bd. 28, S. 213.

scher, das andere ein ärztlicher Begriff, die wohl bei vielen Fällen auch zusammentreffen können, dies aber keineswegs müssen. Ja es kann sogar sein, daß sie direkt in Gegensatz zueinander treten in der Art, daß, was recht häufig vorkommt, die Ernennung eines Vormundes die Vorbedingung zur Entlassung ist, und daß, wenn es etwa einem querulierenden Kranken gelänge, einen weltfremden Entmündigungsrichter zu veranlassen, den Antrag auf Entmündigung abzulehnen, daß dann der Kranke, unter Umständen wegen Gemeinlästigkeit oder sogar Gemeingefährlichkeit, noch in der Anstalt zurückgehalten werden müßte, bis ein erneuter Antrag auf Entmündigung Erfolg gehabt hätte.

Einige weitere Punkte aus den Verordnungen der einzelnen preußischen Provinzen verdienen vielleicht noch eine kurze Erwähnung, und es ist nicht uninteressant, zu sehen, wie der jeweilige genius loci darin zum Ausdruck kommt.

In einigen Provinzen fehlt, wie gesagt, die oben bereits näher charakterisierte Anweisung, daß von jeder Aufnahme Anzeige an die Staatsanwaltschaft zu machen sei zwecks Entmündigung, sowie daß eine Entlassung unbedingt erfolgen müsse, wenn eine Entmündigung aufgehoben oder ein Entmündigungsantrag abgelehnt ist. In Schleswig-Holstein heißt es allerdings dafür noch zum Überfluß, daß bei der Entlassung eines genesenen Kranken die Direktion von sich aus Antrag auf Wiederaufhebung der Entmündigung zu stellen habe. In anderen Provinzen wird das der wiederhergestellte Kranke wohl schon selbst besorgen. — Im Rheinland ist wenigstens nicht sofort bei Ablehnung der Entmündigung die Entlassung verfügt, sondern der Kranke ist dann nur einem „freiwillig Aufgenommenen" gleichgestellt; dieser aber kann unter bestimmten Voraussetzungen auch gegen seinen Willen zurückgehalten werden; es ist also direkt auf jene Möglichkeiten Rücksicht genommen, die oben bei der Besprechung dieser Punkte erwähnt worden waren. Im Gegensatze dazu steht etwa Ostpreußen, wo es ganz unmißverständlich ausgesprochen ist, daß die etwaige Verweigerung der Entlassung im Falle der Gemeingefährlichkeit nur bei einem Entlassungsantrage der Angehörigen usw. zulässig ist, nicht aber bei Ablehnung oder Aufhebung der Entmündigung.

Genaue und recht zweckmäßige Vorschriften bestehen im Rheinland auch über den ärztlichen Fragebogen. Weiterhin ist dort die unglückselige ortspolizeiliche „Unbedenklichkeitserklärung" wenigstens dann überflüssig, wenn der ärztliche Fragebogen von einem beamteten Arzt ausgefüllt wurde.

Bei diesen oder manch anderen der rheinländischen Bestimmungen merkt man es sofort, daß dort ein wirklich Sachverständiger an maßgebender Stelle mitarbeitet: Der „Landespsychiater"[1]) der Rheinprovinz (§ 36), eine Einrichtung, die sonst leider noch ziemlich selten ist[2]), die aber

---

[1]) Seit 1921 „Landesmedizinalrat" in Geh. Gr. XIII.

[2]) z. B. Baden, Hannover und Regierungsbezirk Wiesbaden haben etwas ähnliches, in Brandenburg, Pommern und Hessen sind Direktoren nebenamtlich in dieser Stellung tätig. (Vgl. auch *Krömer*, Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 24, S. 177.)

dort zur Folge hat, daß das rheinische Irrenwesen in mehr als einer Hinsicht an der Spitze aller deutschen Landesteile steht (z. Z. Dr. *Wiehl*).

Eigenartig ist die Tatsache, daß in dem oben genannten Schleswig-Holstein, ferner in der Provinz Sachsen und in Ostpreußen sich ohne erkennbaren Zusammenhang eine Bestimmung findet, die, wie wir noch sehen werden, in dem schon ziemlich alten belgischen Irrengesetze enthalten ist, nämlich daß der Arzt — neben dem eigentlichen Aufnahmeattest — eine ausführlichere Krankengeschichte in geschlossenem Briefumschlage an die Anstaltsdirektion einreichen kann (Ostpreußen und Sachsen) oder muß (Schleswig-Holstein).

In Ostpreußen wird — ganz abgesehen von der „Beurlaubung", die besonders geregelt ist (§ 27) — jeder entlassene Kranke innerhalb Jahresfrist auf einfaches ärztliches Zeugnis ohne weitere Förmlichkeit wieder aufgenommen (§ 26).

Brandenburg hat eine „versuchsweise Entlassung" auf ein Jahr und Wiederaufnahme innerhalb dieser Frist, (die vom Landesdirektor noch verlängert werden kann), auch ohne ärztliches Attest. Ferner kennt es neben den anderen eine freiwillige Aufnahme „zur Beobachtung".

Die neue Regelung in Pommern, die inzwischen wohl ihre ministerielle Genehmigung gefunden haben dürfte, weist manche Vorzüge auf gegenüber der seither noch gültigen vom Jahre 1922. Es ist auch hier die Wiederaufnahme eines entlassenen Kranken innerhalb Jahresfrist vorgesehen, ebenfalls ohne ärztliches Zeugnis. Ferner ist auch hier eine „freiwillige Aufnahme" „zur Beobachtung" möglich, jedoch nicht nur, wenn der Kranke selbst zustimmt, sondern auch, wenn er nicht voll geschäftsfähig ist, bei Zustimmung desjenigen, „dem die Sorge für seine Person zusteht".

Der Aufnahmeantrag ist in Pommern direkt an den Landeshauptmann zu richten; ob diese Vereinfachung des Verfahrens unter Ausschaltung der Anstaltsdirektion als eine sehr glückliche Lösung zu betrachten ist, erscheint zweifelhaft. (Die gleiche Bestimmung findet sich auch in Schlesien.) Wahrscheinlich wird übrigens, wie z. B. auch in Brandenburg, hier doch der Anstaltsdirektor erst noch einmal gehört, also ein noch größerer Umweg. Dagegen kann wieder in Pommern in dringenden Fällen der Direktor selbst das Aufnahmeattest ausstellen.

Erwähnenswert ist vielleicht noch, daß hier ausdrücklich auf „besonders gefährliche Personen" Rücksicht genommen ist, namentlich auf solche, die nach § 51 StGB. freigesprochen oder außer Verfolgung gesetzt sind; hier ist vor der Entlassung in jedem Falle der Landrat bzw. die Ortspolizeibehörde des „zukünftigen Aufenthaltsortes" zu hören. Wie man diesen Aufenthaltsort in jedem einzelnen Falle mit genügender Sicherheit im voraus ermitteln will, ist allerdings nicht gesagt.

In der Provinz Sachsen ist von der Entlassung solcher gefährlichen Kranken der Staatsanwaltschaft Meldung zu machen. Auffallend ist, daß eine derartige ausdrückliche Erwähnung der verbrecherischen Geisteskranken sonst wohl nur noch bei den Bestimmungen von Berlin vorkommt, und selbst in Brandenburg fehlt, das doch recht viel Berliner Großstadtmaterial in seinen Anstalten beherbergt. Es hat anscheinend meist doch die Furcht vor der widerrechtlichen Internierung überwogen gegenüber

der Angst vor dem gefährlichen Kranken. Hochinteressant ist schließlich noch die in dieser Form nur in Pommern vorkommende Bestimmung (die sich übrigens auch in der älteren „Ordnung" schon findet), über die „Fürsorge für entlassene Geisteskranke". Es ist danach Entlassenen, u. U. auch als „geheilt" entlassenen Kranken, denen „mangels Gelegenheit einer passenden Erwerbstätigkeit oder infolge ungünstiger Verhältnisse außerhalb der Anstalt die Gefahr eines Rückfalles droht", mit Zustimmung des Landeshauptmannes gestattet, in der Anstalt zu verbleiben, u. U. ohne daß Pflegegeld zu zahlen wäre. Es werden also in praxi noch nicht voll erwerbsfähige, gebesserte Kranke in der Anstalt gegen freie Station angestellt, um ihnen den Übergang in das freie Erwerbsleben zu erleichtern. — In anderen Ländern haben sich die Betriebsräte der Anstalten mit Erfolg gegen derartige Pläne gewehrt, mit der Begründung, daß dadurch zahlreichen Erwerbslosen eine Verdienstmöglichkeit genommen würde. Man kann über diese Auffassung verschiedener Meinung sein.

Etwas abweichend von den meisten anderen Provinzen in mancher Hinsicht sind schließlich die ziemlich umfangreichen und schon recht ehrwürdigen Bestimmungen der Provinz Hannover, doch sind die meisten Unterschiede wohl nur scheinbar und in dem mir vorliegenden Reglement zum Teil durch die etwas altertümlichen Ausdrücke und Amtsbezeichnungen bedingt. Wichtig ist, daß hier zur Aufnahme das Gutachten des Kreisarztes oder zweier Ärzte erforderlich ist, allerdings genügt auch dasjenige des Direktors einer anderen deutschen öffentlichen Anstalt oder einer hierzu besonders ermächtigten Privatanstalt. Bei „zeitweiliger Entlassung" (Beurlaubung) ist Meldung an den Landeshauptmann zu erstatten, die Angehörigen sind verpflichtet, über den beurlaubten Kranken vierteljährlich unter Beifügung eines ärztlichen Zeugnisses an die Anstaltsdirektion Bericht zu erstatten; nach viermaligem günstigen Berichte kann die Entlassung beantragt werden.

Interessant ist auch die Bestimmung (§ 36), daß die Direktion durch die Behörden und durch deren Vermittlung bei dem zuständigen Kreisarzt Erkundigungen über entlassene Kranke einziehen kann.

Die Bestimmungen der Provinz Sachsen sind in mancher Hinsicht von denen Hannovers beeinflußt. Auch hier ist zur Aufnahme das Gutachten eines Kreisarztes erforderlich, allenfalls genügt auch ein „an eidesstatt abgegebenes" Gutachten eines anderen Arztes. — Ferner findet sich auch hier die ganz zweckmäßige Bestimmung, daß die Angehörigen eines beurlaubten Kranken vierteljährlich unter Beifügung eines ärztlichen Zeugnisses Bericht zu geben haben; hier kann allerdings der Direktor einen solchen Kranken nicht nur ohne besondere Formalitäten wieder aufnehmen, sondern sogar von sich aus wieder zurückberufen. — Die endgültige Entlassung findet dagegen schon nach zwei günstigen Berichten ohne weiteren Antrag statt.

Dies nur eine kleine Auswahl einiger lokaler Eigenarten, die natürlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Praktisch treten diese Einzelheiten ja auch ziemlich zurück gegenüber den großen, fast allen Verordnungen gemeinsamen Gesichtspunkten, wie oben im Zusammenhang des näheren besprochen.

Alle diese Verordnungen, insbesondere diejenigen über die Aufnahme in die Anstalt, wurden jedoch, wie gesagt, unter dem Zwange der harten Wirklichkeit meist so angewandt, wie es eben die Tatsachen verlangten, also als reine Formalität.

„Es werden allmählich die unregelmäßigen Aufnahmen, vor allem auf telephonischem oder telegraphischem Wege, beinahe die Regel," sagt der Direktor einer preußischen Anstalt [1]).

Über Mißstände dieses Systems ist nichts bekannt geworden, wie ja überhaupt alle angeblichen Skandalaffären sich bei objektiver Prüfung stets als ganz anders herausstellen, als es zunächst den Anschein hat, und wenn *B. Beyer* [2]) seinem Buche einen Nachtrag der neueren Fälle hinzufügen wollte, so würde er im Prinzip wohl nichts wesentlich Neues mehr bringen können.

Einen unbestreitbaren Nachteil hat diese ganze Regelung natürlich, nämlich den, daß alle diejenigen, die gezwungen sind, praktisch mit dieser Verwaltungsmaschine in nähere Berührung zu treten, Angehörige sowie Behörden und Verwaltungsjuristen, die Überzeugung erhalten, daß solche gewichtigen Vorsichtsmaßregeln auch wirklich dringend nötig, und daß eine „Internierung" in einer Anstalt ein ganz besonders schwerwiegender Eingriff in die persönlichen Rechte des betreffenden Kranken sei. Das Bestreben der Ärzte, die Anstalten auch im Bewußtsein des Volkes auszugestalten zu Krankenhäusern und ihnen den polizeilichen Verwahrungscharakter und den Anklang an das Zuchthaus zu nehmen, wird natürlich durch solche Verfügungen außerordentlich erschwert, und das Vorurteil weiter Volkskreise erhält dadurch immer neue Nahrung.

Solange es sich nur um derartige Verfügungen handelte, war zu hoffen, daß diese durch neue Verfügungen hätten gemildert oder abgeändert werden können. Und hätte nur erst einmal eine Provinz den Anfang damit gemacht, so hätten vielleicht die günstigen Erfolge vorbildlich auf andere Provinzen eingewirkt, und die Vernunft wäre langsam, aber sicher vorgedrungen.

Um dies zu verhindern, und wohl hauptsächlich aus diesem Grunde allein, hat man so heftig auf eine gesetzliche Verankerung dieser veralteten Bestimmungen gedrungen, ein Verlangen, das jetzt in dem neuen preußischen Gesetzesentwurf bis zu einem gewissen Grade erfüllt wurde. Da dieser im Prinzip nichts Anderes ausspricht, als die bereits vorhandenen Bestimmungen anordnen, dürften wohl auch solche Erwägungen hier maßgebend gewesen sein.

---

[1]) *Mönckemöller*, Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 27, S. 481.

[2]) S. o. S. 4 u. S 257.



Bei alledem haben wir uns seither nur auf die Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken in staatliche, von beamteten Ärzten geleitete Anstalten beschränkt, weil hier ein derartiges Mißtrauen, wie es sich in den Verfügungen ausspricht, besonders gegenstandslos ist. Bezüglich der Privatanstalten bestehen noch strengere Verfügungen. Nach den Verordnungen vom 26. III. 01 bzw. 20. VII. 03 ist ein kreisärztliches Zeugnis oder ein Attest des Leiters einer öffentlichen Irrenanstalt bzw. einer psychiatrischen Universitätsklinik erforderlich; bezüglich der Form dieses Zeugnisses bestehen wiederum genaue Vorschriften. Nur bei Entmündigten oder in dringenden Fällen genügt das Attest jedes Arztes, auch eines Arztes der Privatanstalt selbst, jedoch muß innerhalb 24 Stunden Meldung an den Kreisarzt erfolgen, der binnen drei Tagen den Kranken nachzuuntersuchen und die Aufnahme zu genehmigen hat — andernfalls sofortige Entlassung aus der Anstalt. Ferner Meldung von jeder Aufnahme an Ortspolizeibehörde und Staatsanwalt. — Auch mit Einrichtung und Betrieb von Privatanstalten beschäftigen sich die Verordnungen sehr eingehend.

Ähnlich wie die Frage der Aufnahme und Entlassung ist auch die Kontrolle, die Besichtigung der Anstalten im allgemeinen einzig von dem Gesichtspunkte des oben näher charakterisierten Mißtrauens aus geregelt. Und doch liegen die Dinge hier praktisch etwas anders: Selbstverständlich kann einmal durch eine derartige Besichtigung, insbesondere durch eine voreingenommene Handhabung derselben, ein Kranker erregt, ein Querulierender in seinen Wahnideen bestärkt, also ganz allgemein gesagt, einem Kranken irgendein Schaden zugefügt werden. Aber das sind doch schließlich nicht allzu schwerwiegende, jedenfalls in der Mehrzahl der Fälle nur vorübergehende Schädigungen, die zu dem Schaden, den eine verspätete Anstaltsaufnahme herbeiführen kann, in gar keinem Verhältnis stehen. Im übrigen aber sind solche Kontrollen ganz ungefährlich, wenigstens für Direktor und Ärzteschaft, die nichts zu verbergen haben. Ja umgekehrt geben sie direkt eine erwünschte Gelegenheit, diese Tatsache allen Zweiflern recht anschaulich zu demonstrieren, Mißverständnisse aufzuklären, Vorurteile zu zerstreuen und überhaupt sachliches Interesse an dem Anstaltsbetriebe bei maßgebenden Persönlichkeiten der Behörde oder der Volksvertretung zu wecken. Der ursprüngliche psychiaterfeindliche Zweck dieser Maßnahme wird also durch die Macht der Tatsachen direkt in sein Gegenteil verkehrt, und so kommt es, daß alle derartigen Bestimmungen, trotz ihrer ursprünglichen Tendenz, von allen Irrenärzten auf das freudigste begrüßt und gefördert werden, und wenn man klagt, so ist es nur darüber, daß von der Möglichkeit solcher Besichtigungen vielfach nicht die besonneneren Mitglieder der Volksvertretung Gebrauch machen, sondern solche, die infolge ihrer extrem-

radikalen politischen Einstellung und infolge ihres Agitationsbedürfnisses sachlichen Aufklärungen gegenüber mehr oder weniger unzugänglich zu sein pflegen [1]).

Diese Besichtigungen können verschiedener Art sein. Einmal werden auf Grund der Erlasse vom 12. V. 87, vom 15. XI. 97 und vom 27. I. 20 [2]) „regelmäßig, d. h. wenigstens einmal jährlich" „unvermutet" solche Kontrollen vorgenommen, und zwar durch höhere Verwaltungsjuristen und durch die zuständigen Regierungsmedizinalräte, event. unter Zuziehung eines „angesehenen Irrenarztes" einer „benachbarten Provinzialverwaltung" (letzteres wird nicht immer so ganz wörtlich genommen, zuweilen ist es auch der Ordinarius für Psychiatrie der nächsten Universität, eine Lösung, die als durchaus sinngemäß bezeichnet werden kann, da er ja nicht der betreffenden Provinzialverwaltung angehört). Über das Ergebnis ist jährlich an den preußischen Minister für Volkswohlfahrt zu berichten.

Außerdem besteht in vielen Provinzen ein besonderer Ausschuß des Provinziallandtages, ein „Provinzialausschuß" oder eine „Provinzialkommission", die eine ähnliche Besichtigungsbefugnis haben. Die Dinge liegen hier recht verschieden. In einigen Provinzen hat der Provinziallandtag bis jetzt jeden dahin gehenden Antrag abgelehnt, in anderen ist die Angelegenheit noch in der Schwebe, in den meisten bestehen jedoch ausführliche Geschäftsordnungen für einen solchen Ausschuß.

Die eine Provinz hat eine solche Kommission für ihren ganzen Bereich, die andere je eine für jede Anstalt. Hier wird rege besichtigt, dort steht die Kommission nur auf dem Papier, oder sie beschränkt sich nur auf wirtschaftliche Dinge.

Im Rheinlande hat jedes Mitglied des Provinziallandtages das Recht, nach vorheriger Anmeldung bei der Direktion, die Anstalt zu besichtigen, „soweit es das dienstliche Interesse und das persönliche Interesse der Anstaltsinsassen gestattet". Die Mitglieder des Provinzialausschusses selbst haben dies Recht ohne jene Einschränkung, doch hat die Direktion von jedem solchen Besuche dem Landeshauptmanne Mitteilung zu machen; bei den Mitgliedern der besonderen Provinzialkommission fällt auch dieses weg, doch haben sie nicht das Recht, „Beamte, Angestellte und Arbeiter sowie die Anstaltsinsassen zu hören", sondern haben etwaige Wünsche dem Vorsitzenden der

[1]) Ähnliches beobachtete bei anderer Gelegenheit auch *Rein*, „Psychiatrische Aufklärungsarbeit". Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 25, S. 13.

[2]) Vgl. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 23, S. 99.

Kommission vorzulegen. In Pommern ist eine solche Besichtigung durch ein einzelnes Ausschußmitglied dagegen nur nach vorheriger Genehmigung des Landeshauptmannes zulässig. Die Dinge sind noch sehr im Fluß. Eine recht ausführliche Geschäftsordnung besteht in Schlesien [1]). Eine kürzere in der Provinz Sachsen [2]). Dies nur einige Beispiele. In Brandenburg hat der Provinzialausschuß vom 10. III. 26 die Bestellung örtlicher Vertrauensmänner für die einzelnen Provinzialanstalten, die im Jahre 1922 beschlossen worden war, wieder als entbehrlich abgelehnt; kurz, es herrscht eine derartige Vielseitigkeit, daß ein klarer Überblick nicht ganz leicht ist, vielfach scheint selbst unter den Behörden eine gewisse Unklarheit zu bestehen, welche der zahlreichen, sich ergänzenden oder wieder aufhebenden Verfügungen nun noch angewandt werden, und eine einheitliche Regelung wäre hier sicher sehr zu begrüßen.

Wo aber solche Berichtigungskommissionen in Tätigkeit treten, leisten sie gute und sachliche Arbeit; widerrechtlich internierte, geistig gesunde Personen hat aber bis jetzt selbst eine noch so unerwartete Kontrolle noch nie feststellen können. —

Das Letztere gilt natürlich auch für die Privatanstalten, bei denen zweimal jährlich unvermutete Besichtigungen durch den Kreisarzt, ferner wenigstens einmal jährlich eine gleiche Besichtigung durch eine besondere staatliche Besuchskommission (höherer Verwaltungsbeamter, Regierungsmedizinalrat, Direktor einer öffentlichen Irrenanstalt) — stattzufinden haben.

Ebenso wie in Preußen, war das Irrenwesen in zahlreichen anderen Ländern des Deutschen Reiches nur durch Verordnung geregelt. Und hier war nun doch in mehreren Staaten das eingetreten, was als erwünschte oder, je nach dem Standpunkt, befürchtete Möglichkeit bereits für Preußen angedeutet wurde, nämlich daß ein moderner Geist mit den mehr oder weniger nur noch auf dem Papier stehenden Paragraphen aufräumte und Bestimmungen schuf, die durchaus der Sachlage entsprachen. In einem der deutschen Bundesstaaten war der Anlaß zu dieser Reform seinerzeit der, daß einen einflußreichen Parlamentarier das Schicksal traf, einen seiner nächsten Angehörigen einer Anstalt anvertrauen zu müssen. So lernte dieser Mann aus eigener schmerzlicher Erfahrung kennen, welche Umstände und welche sinnlosen Schreibereien auf Grund der alten Bestimmungen einer Anstaltsaufnahme vorangehen mußten. Das ganze dicke Aktenbündel

---

[1]) Vgl. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 25, S. 151.

[2]) Vgl. Teil IX. S. 238.

dieses „Vorganges“ legte er auf den Tisch des Hauses nieder und wirkte durch diese „gewichtige“ Tatsache so überzeugend, daß eine grundsätzliche und großzügige Änderung vorgenommen wurde. Ob in den anderen Ländern, die eine derartige moderne Reform ihres Irrenwesens durchgeführt haben, ein ähnlicher Vorfall wie dieser, den Anstoß gegeben hatte, entzieht sich unserer Kenntnis.

Einer dieser genannten Staaten ist Württemberg.

Hier ist keine vollständig neue Verordnung erlassen, sondern in der bestehenden sind einfach einzelne Paragraphen geändert oder durch neue ersetzt. So hatte früher die Direktion der Anstalt das Aufnahmegesuch und die dazugehörigen Belege zu prüfen, zu ergänzen und dann einen entsprechenden Antrag an das Medizinalkollegium einzureichen, das über die Aufnahme entschied. Heute entscheidet die Direktion der Anstalt selbständig; ebenso kann sie „in unbedenklichen Fällen“ auf das Zeugnis des Gemeinderates über die „Tatsache des gestörten Geisteszustandes“ verzichten, was früher nur mit Genehmigung des Medizinalkollegiums zulässig war; die meisten Fälle dürften wohl in diesem Sinne „unbedenklich“ sein. Ferner mußte früher jede Aufnahme, Entlassung und Beurlaubung eines Kranken, ebenso wie die Wiederaufnahme eines beurlaubten Kranken, dem Medizinalkollegium bzw. der Bezirkspolizeibehörde angezeigt werden. Diese Bestimmung besteht nicht mehr; bei der Entlassung hat Anzeige bei der Bezirkspolizeibehörde zu erfolgen, aber nur „soweit es die Anstaltsdirektion für geboten erachtet“. —

In Wirklichkeit genügt also zu jeder Aufnahme das Zeugnis eines praktischen Arztes sowie eine Zustimmungserklärung der Angehörigen; in dringenden Fällen kann auch die Direktion selbst das Aufnahmezeugnis ausstellen.

Außerdem ist eine Einweisung eines Kranken in die Anstalt durch Verfügung des Bezirksarztes möglich, wenn der Kranke für sich oder andere gefährlich oder für die öffentliche Sittlichkeit anstößig ist oder sich in einem Zustand der Pflegebedürftigkeit befindet, der zur Folge hat, daß er außerhalb einer Irrenanstalt verwahrlost oder gefährdet wird.

Wichtig und sehr großzügig ist dabei die Bestimmung, daß eine derartige amtliche Einweisung nur dann erfolgt, wenn die Angehörigen, der Vormund usw. einer Anstaltsaufnahme widersprechen. (Bei diesen behördlichen Einweisungen ist dann allerdings ein auf persönliche Beobachtung gestütztes Gutachten des Oberamtsarztes oder des Vorstandes der psychiatrischen Universitätsklinik in Tübingen erforderlich.)

Vor der Entscheidung des Bezirksrates ist den widersprechenden Angehörigen Gelegenheit zu einer Äußerung unter Mitteilung der erhobenen Beweise zu geben.

Die Einweisung erfolgt zunächst nur auf die Dauer von 6 Wochen und wird erst endgültig auf Grund eines neuen Beschlusses, zu dem ein Gutachten der Anstaltsdirektion erforderlich ist.

Dieses ganze Verfahren setzt ebenso ein, wenn Angehörige eines Kranken ihre Zustimmung zur Anstaltsbehandlung zurückziehen, während nach Ansicht der Direktion die obigen Voraussetzungen noch gegeben sind.

Ist eine solche Besserung eingetreten, daß eine Entlassung oder

Beurlaubung zulässig erscheint, so hat die Direktion der Anstalt dem Bezirksrate Mitteilung zu machen. Außerdem ist jedes Jahr über jeden eingewiesenen Kranken ein neues Gutachten zu erstatten. Der Bezirksrat kann dann, — (anscheinend u. U. auch gegen die Ansicht der Direktion?) — dieEntlassung oder Beurlaubung des eingewiesenen Kranken verfügen. (Dies ist vielleicht der einzige theoretisch anfechtbare Punkt in der sonst so vorzüglichen Regelung.) Liegt bei derartigen Kranken der Widerspruch eines Angehörigen nicht mehr vor, so ist die Einweisungsverfügung aufzuheben, und der Kranke verbleibt dann frei von dem Odium des polizeilichen Zwanges, nur eben als Kranker in der Anstalt.

Diese Bestimmungen sind äußerst liberal und versuchen in geradezu vorbildlicher Weise eine behördliche Internierung nach Möglichkeit zu vermeiden und der Anstalt den Charakter eines polizeilichen Verwahrungshauses zu nehmen bzw. die Fälle von „Gemeingefährlichkeit" auf ein Mindestmaß einzuschränken.

Sie zeigen aber auch aufs deutlichste, wie verschieden die Verhältnisse innerhalb Deutschlands liegen, und wie sehr ein Reichsgesetz großzügig sein muß, um diesen Sonderverhältnissen Rechnung zu tragen; denn tut es dies nicht, ist es ein starres und enges Schema, so muß es notwendigerweise zu Unzuträglichkeiten führen.

Man vergleiche nur einmal diese wohlwollenden württembergischen Bestimmungen, die bei der dortigen, vorwiegend ländlichen Bevölkerung durchaus angebracht sind, mit den später noch zu besprechenden Verfügungen der Stadt Berlin, die zwei ganze Seiten ihrer Verordnung mit Paragraphen über die Behandlung der gemeingefährlichen Verbrecher füllen muß, Paragraphen, die in Württemberg sicherlich mehr oder weniger gegenstandslos wären, — ebenso wie umgekehrt die milden Bestimmungen Württembergs bei der Fülle von Kriminalität in Berlin wahrscheinlich die allergrößten Mißhelligkeiten zur Folge haben würden.

Die Entlassung erfolgt in Württemberg ohne weiteren Bürokratismus nach Ermessen der Direktion; bei Entlassungen gegen ärztlichen Rat kann die Unterschrift der Angehörigen unter eine entsprechende Bescheinigung verlangt werden, daß die Zurücknahme im Widerspruch mit der Ansicht des Anstaltsarztes und auf ihre eigene Verantwortung erfolgt.

Freiwillig aufgenommene Kranke, die entlassen zu werden wünschen, können zurückgehalten werden, wenn bei ihnen die oben erwähnten Voraussetzungen der Gemeingefährlichkeit usw. vorliegen. Zur Zurückhaltung ist sofort die Zustimmung der Angehörigen bzw. des Vormundes einzuholen, im Falle der Verweigerung derselben, also erst dann, ist die Entscheidung des Bezirksrates (s. oben) herbeizufügen. Der Kranke hat dann bis zu dieser Entscheidung in der Anstalt zu verbleiben.

Über Beschwerden heißt es kurz und sachlich in § 28: „Beschwerden der Kranken oder ihrer Vertreter sind seitens der Anstaltsdirektion

sorgfältigst zu prüfen und, soweit dies vorgeschrieben, dem Medizinalkollegium vorzulegen".

Besichtigungen durch die Aufsichtsbehörde finden auf Grund besonderer Bestimmungen statt (§ 5).

Diese württembergische Verordnung kann in ihrer jetzigen Fassung geradezu als vorbildlich bezeichnet werden. —

In Hessen liegen die Verhältnisse ganz ähnlich, auch hier besteht jetzt ein von allen bürokratischen Erschwerungen befreites Aufnahmeverfahren, geregelt durch das Regulativ vom 9. XII. 11 mit Nachtrag vom 7. IX. 16.

Betont wird in den ersten Paragraphen der Zweck der Anstalten „zur Heilung, Pflege und Bewahrung von Geisteskranken sowie zur Beobachtung von Personen auf ihren Geisteszustand".

Zur Aufnahme erforderlich ist ein auf Grund persönlicher Untersuchung ausgestelltes Zeugnis eines in Deutschland approbierten Arztes, das nicht älter als 14 Tage sein darf, ferner der Antrag des gesetzlichen Vertreters, eine Bescheinigung der Bürgermeisterei über die Personalien usw. und eine Anerkennung der Zahlungsverpflichtung (§ 5). In dringenden Fällen (§ 10) vorläufige Aufnahme unter Nachlieferung der betreffenden Papiere; außerdem ist freiwillige Aufnahme zulässig (§ 6). Über die Aufnahme selbst entscheidet die Direktion (§ 11). Einweisung von Amtswegen durch die Polizeibehörde usw. (§ 7) bei solchen Kranken, die „für sich selbst oder andere Personen oder für das Eigentum gefährlich oder für die öffentliche Sittlichkeit anstößig oder in bezug auf Aufsicht, Schutz, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlost sind".

Nach Aufnahme Mitteilung an die zuständige Provinzialdirektion (§ 14), die die formalen Unterlagen prüft.

Entlassung sinngemäß nach Ermessen der Direktion, es sei denn, daß Gemeingefährlichkeit vorliegt; ebenso ist Beurlaubung oder versuchsweise Entlassung vorgesehen.

Über Besichtigungen ist nichts Näheres gesagt, die „Oberaufsicht", auch in ärztlichen Angelegenheiten, steht dem Ministerium des Innern zu (§ 2).

Eingaben, die Kranke zur Wahrung wirklicher oder angeblicher Rechte an Behörden richten, sind abzusenden, „wenn sie nicht Wiederholungen von erledigten Eingaben sind". „Rechte, die Geisteskranken gesetzlich zustehen, dürfen ihnen nicht verkürzt werden" (§ 26).

Auch sonst finden sich hier eine ganze Reihe von Bestimmungen, die von außerordentlicher Sachlichkeit und modernem Empfinden zeugen, so daß man tatsächlich die Frage erheben muß, warum nicht schon einmal der Vorschlag gemacht wurde, dieses hessische Regulativ oder das württembergische versuchsweise in anderen Ländern einzuführen.

Sehr liberal, geradezu ideal liegen die Verhältnisse auch in Mecklenburg-Schwerin. Das früher bestehende Kuratorium der Landes-

krankenanstalten ist durch Verfügung vom 27. I. 23 aufgehoben, und die Funktionen des Kuratoriums sind auf die Anstaltsdirektoren übergegangen.

Die Aufnahme erfolgt auf Grund eines einfachen ärztlichen Zeugnisses, nachträglich wird dann das formale Aufnahmeverfahren durchgeführt, das im wesentlichen der Sicherstellung der Kosten dient. Für das ärztliche Attest werden im allgemeinen nicht mehr die großen Formulare verlangt, dringliche Aufnahmen werden auch ohne Attest aufgenommen. Jede Entlassung gilt formal ein Jahr lang als Beurlaubung, so daß der Kranke während dieser Zeit ohne weitere Formalitäten wieder aufgenommen werden kann. Bei Entlassungen gegen Revers ist, falls der Kranke auf Antrag und Kosten einer Behörde in der Anstalt war, deren Einverständnis erforderlich.

Jeden Monat wird eine Übersicht über die Zu- und Abgänge an das Medizinalministerium eingereicht, bei zweifelhaften Fällen erfolgt sofortiger Bericht. Von Zeit zu Zeit kommt der Referent für die Anstalten, ein juristischer Ministerialrat, und sieht die Personalakten der Zu- und Abgänge ein.

Das Beschwerderecht ist durch Verfügung von gleichem Datum folgendermaßen geregelt: „Ferner wolle die Direktion eine Liste anlegen, in welche alle Fälle eingetragen werden, in denen Kranke in irgendeiner Form den Wunsch aussprechen, einen Vertreter der der Anstalt vorgesetzten Behörde zu sprechen. Diese Liste ist dem Referenten des unterzeichneten Ministeriums bei seiner Anwesenheit in der Anstalt jedesmal vorzulegen." Der Referent besucht dann die eingeschriebenen Kranken in Begleitung des Direktors und läßt sich von dem Direktor über die Kranken informieren.

Es ist dies, wie gesagt, ebenfalls eine der besten und praktischsten Lösungen des Aufnahmeverfahrens in ganz Deutschland, und es wäre tief bedauerlich, wenn auch hier eine Änderung eintreten müßte.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse in Mecklenburg-Strelitz.

Aufnahmen auf Grund eines ärztlichen Attestes nach Formular, auf Antrag einer Behörde oder der zuständigen Angehörigen an die Direktion. Entlassungen nach Ermessen des Direktors; außerdem freiwillige Aufnahme von Nervenkranken. Einmal im Jahre besucht eine Regierungskommission die Anstalt und nimmt etwaige Beschwerden von den Kranken direkt in Empfang. Im übrigen steht es im Ermessen der Direktion, Schreiben der Kranken an die Regierung oder das Amtsgericht weiterzugeben.

In Oldenburg besteht ebenfalls ein sehr vereinfachtes Verfahren ohne jeden bürokratischen Zwang, es genügt zur Aufnahme ein einfaches ärztliches Attest; allerdings ist eine dringliche Aufnahme in den Aufnahmebedingungen nicht vorgesehen, dürfte aber in der Praxis wohl auch vorkommen. Entlassungen erfolgen nach ärztlichem Ermessen und gelten praktisch ein halbes Jahr lang als Beurlaubungen. In strittigen

gen Fällen, ebenso bei Beschwerden, entscheidet nach Anhören der Direktion das Ministerium der sozialen Fürsorge.

Als im allgemeinen recht gut kann auch die Regelung bezeichnet werden, wie sie in Hamburg getroffen ist. In Betracht kommt hier einmal das Gesetz betr. das „Verhältnis der Verwaltung zur Rechtspflege" vom 23. IV. 79 (sogenanntes „Verhältnisgesetz").

Auf Grund des § 22 dieses Gesetzes können Geisteskranke, und zwar nicht nur gemeingefährliche und gemeinlästige, sondern auch solche, die sich selbst gefährlich sind, oder die zu verwahrlosen drohen, in die Anstalten eingewiesen werden.

Verlangt ein Kranker, der sich bereits in der Anstalt befindet, und der die Forderungen dieses Paragraphen erfüllt, seine Entlassung, oder dringen unvernünftige Angehörige darauf, so beantragt die Direktion der Anstalt bei der Polizeibehörde die nachträgliche Einweisung des betreffenden Kranken.

Kranke, die auf Grund des § 22 des Verhältnisgesetzes sich in der Anstalt befinden, können selbstverständlich nur mit Zustimmung der Polizeibehörde entlassen werden.

Wichtig ist auch, daß auf Grund der §§ 24 bis 31 eine Zivilklage gegen den Hamburger Staat bzw. gegen jede Staatsbehörde zulässig ist; infolgedessen kommt es auch zuweilen zu derartigen Klagen wegen angeblich widerrechtlicher Internierung; nach § 29 dieses Gesetzes ist nicht nur eine Klage auf Abhilfe, sondern auch eine auf Entschädigung möglich.

Im übrigen ist das Irrenwesen geregelt durch die Verordnung vom 1. VI. 1900 sowie durch die Ärzteordnung vom 8. X. 1923[1]).

Zur Aufnahme genügt das Zeugnis eines praktischen Arztes, das allerdings nicht älter als 14 Tage sein darf, das Symptome der Geisteskrankheit nennen, sowie die Versicherung enthalten muß, daß der Arzt den Kranken persönlich untersucht habe. In dringenden Fällen kann jeder Arzt der Anstalt ein sogenanntes „Dringlichkeitsattest" ausstellen, er muß nur gemäß § 3 Ziffer 5 der Ärzteordnung in die Matrikel der Hamburger Ärzte eingetragen sein, Beamteneigenschaft ist also nicht erforderlich. Und schließlich ist eine freiwillige Aufnahme auf Grund eines sogenannten „Zweckmäßigkeitsattestes" unter schriftlicher Zustimmung des Kranken möglich.

Von jeder Aufnahme in eine öffentliche Irrenanstalt ist sofort die Polizeibehörde zu benachrichtigen; diese veranlaßt einen Gerichtsarzt (Physikus), den Kranken in der Anstalt nachzuuntersuchen. Diese Konzession ist praktisch mehr oder weniger Formsache. Das Wichtigste ist jedenfalls, daß diese Untersuchung erst nach der Aufnahme in die Anstalt stattfindet, also keinerlei Verzögerung der Aufnahme bewirkt, und daß diese Nachprüfung nicht durch ärztliche Laien erfolgt.

Ferner besteht eine sogenannte „Beschwerdekommission", die sich aus Fach- und Gerichtsärzten und sog. „bürgerlichen Mitgliedern der Behörde" zusammensetzt, eine Kommission, an die sämtliche Beschwerden

---

[1]) Die neue Ärzteordnung vom 11. IV. 27 wird an den hier in Betracht kommenden Punkten nichts ändern.

weiterzuleiten sind, die das Recht einer jederzeitigen Kontrolle usw. hat, und die sehr sachliche Arbeit zu leisten pflegt. Die Möglichkeit einer gerichtlichen Klage gegen den Staat auf Entlassung oder sogar Entschädigung wurde bereits erwähnt, ein Verfahren, das in mehreren Fällen mit Erfolg durchgeführt wurde, allerdings nicht immer zum Nutzen der Allgemeinheit oder des betr. Kranken [1]).

Bei Aufnahme in Privatanstalten hat auch der einweisende Arzt unverzüglich der Polizeibehörde Meldung zu erstatten, ebenso wie natürlich auch der Leiter der Anstalt. Nachuntersuchung durch den Physikus, wie bei der öffentlichen Anstalt.

Einige kleine Schönheitsfehler sind allerdings auch bei dieser hamburgischen Regelung vorhanden, die zum Teil zu geradezu grotesken Situationen führen könnten. So ist z. B. bei Überführung eines Geisteskranken aus dem Hamburger Staatsgebiet in eine auswärtige Irrenanstalt, etwa in ein Sanatorium, ein besonderes Physikatsattest notwendig, und selbst der Leiter der Hamburger Irrenanstalt, der, auch Ordinarius der Hamburger Universität, bei der Physikatsprüfung die Bewerber um eine Physikatsstelle zu prüfen hat, ist nicht zur Ausstellung eines derartigen Attestes berechtigt, trotzdem er selbst ja ebenfalls beamteter Arzt ist. Wohnt dagegen der Kranke nahe der Altonaer oder Wandsbeker Grenze und verfügt er sich mit dem Arzt auf die andere Seite der Straße, so kann dort das Aufnahmeattest für eine preußische Privatanstalt natürlich ohne weiteres ausgestellt werden, ebenso wie jeder preußische Arzt es innerhalb der Hamburger Grenzen ausstellen darf, denn er untersteht ja nicht der hamburgischen Ärzteordnung. — Eine andere scherzhafte Möglichkeit ist die, daß ein Physikus, der kürzlich erst noch sein Physikatsexamen bei dem Direktor der Anstalt abgelegt hat, dann kurze Zeit später seinen eigenen Examinator daraufhin kontrollieren könnte, ob dieser nicht etwa aus mangelnder psychiatrischer Fähigkeit oder aus bösem Willen einen geistig gesunden Menschen widerrechtlich in seiner Anstalt zurückhält. — Doch das alles hat ja wenig praktische Bedeutung. — Nicht ganz logisch ist schließlich § 5 Abs. II der Verordnung vom 1. VI. 1900. Hamburgische Staatsangehörige, die sich außerhalb Hamburgs befinden, unterliegen bei einer Aufnahme in eine außerhamburgische Anstalt den Bestimmungen des betreffenden Landes, die hamburgische Verordnung hat dort keine Rechtskraft, kann also die Bedingungen einer Aufnahme nicht vorschreiben.

Auch in Lübek ist die Frage nicht durch Gesetz, sondern durch die Verordnung vom 15. V. 1915 geregelt in sinngemäß ganz ähnlicher Weise wie in Hamburg [2]). Über Beschwerden bestehen überhaupt keine besonderen Bestimmungen. Es dürfte dann praktisch wohl so sein, daß von den Kranken eine Beschwerde über Nichtbefolgung des § 14, Abs. 1 der Aufnahmebedingungen, also eine Beschwerde über die Direktion an die vorgesetzte Behörde zu richten wäre.

Ähnlich liegen die Verhältnisse auch in Bremen, wo ebenfalls in einer einfachen Medizinalordnung die Frage kurz, sachlich und erschöpfend

[1]) Vgl. auch *Hartmann*, „Rechtsschutz der Irren". Deutsche Juristenzeitung Bd. 17, S. 87, und *Rittershaus*, „Irrsinn und Presse" S. 146 ff.
[2]) *Enge*, Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 20, S. 153.

geregelt ist. Beschwerden über Zurückhaltung gehen nach Mitteilung der dortigen Direktion — „wenn sie beachtlich sind — an das Medizinalamt, wenn Verfügung aus § 47 vorliegt oder von der Direktion beantragt wird, in der Berufungsinstanz an die „Medizinalkommission des Senats". Das kommt aber sehr selten vor. Eventuell gehen die Beschwerden natürlich auch an die Vormundschaftsbehörde, oder bei Gefangenen an die zuständige Gerichtsstelle. Sonstige Beschwerden über die Anstalt gehen an die Medizinalkommission und von da zur Begutachtung an den „Gesundheitsrat". —

Besonders ängstlich wieder in anderer Hinsicht ist Lippe-Detmold mit seiner kleinen Anstalt. Freiwillige Aufnahmen müssen ausdrücklich ihre unbeschränkte Geschäftsfähigkeit nachweisen, bei den anderen muß, wie üblich, der Antrag, — vermutlich an die Direktion, — von den nach dem Gesetz zur Fürsorge bestimmten Behörden oder Personen gestellt werden. Das ärztliche Zeugnis muß von einem beamteten Arzt ausgestellt oder zum mindesten zuschriftlich anerkannt werden, bei geisteskranken Personen von nicht lippescher Staatsangehörigkeit [1]) ist die Zustimmung der zuständigen Polizeibehörde notwendig.

Über ein besonderes Beschwerdeverfahren ist in der Verordnung nichts enthalten.

Die Entlassung erfolgt nach dem Ermessen des Anstaltsleiters, wenn die Voraussetzungen zur Aufnahme nicht mehr fortbestehen, wenn die Zahlungen nicht geleistet werden, oder wenn freiwillig aufgenommene Kranke sich den erlassenen Anordnungen nicht fügen oder die Anstaltsordnung stören. In sonstigen Fällen steht dem Anstaltsleiter oder den Antragsberechtigten [1]) bzw. den freiwilligen Kranken selbst das Recht einer „14-tägigen Kündigung" zu. (Verordnung vom 7. V. 1914.)

Sehr eingehend, vielleicht sogar etwas bürokratisch-überausführlich ist die Frage in Braunschweig geregelt.

An gesetzlichen Bestimmungen besteht hier das Medizinalgesetz vom 9. III. 1903, nach dessen § 77 die Landespolizeibehörde auf Grund eines von der Direktion der Heil- und Pflegeanstalt gebilligten Physicatsgutachtens die Aufnahme eines Geisteskranken in die Anstalt auch gegen den Willen der Angehörigen verfügen kann. Es wird dann wohl weiterhin praktisch der Lauf der Dinge ähnlich sein wie in Hamburg und anderen Staaten, indem gegebenenfalls die Direktion uneinsichtigen Angehörigen gegenüber auch nachträglich die Einweisung des Kranken in die Anstalt beantragen kann. Gegen eine derartige Verfügung der Polizeibehörde ist wahlweise eine Klage beim Verwaltungsgerichtshof oder eine Beschwerde an das Staatsministerium zulässig. Andere Beschwerdemöglichkeiten bestehen sonderbarerweise nicht.

Die Satzungen der Anstalt, die selbstverständlich amtlich genehmigt sind und sinngemäß als behördliche Verordnung zu gelten haben, deren Änderung und wahrscheinliche Vereinfachung übrigens für die nächste Zeit in Aussicht genommen sein soll, sehen zahlreiche verschiedene Arten einer Aufnahme vor.

[1]) Lippe verpflegt lt. besond. Vertrag zahlreiche Kranke aus Bremen, da die dortige Anstalt nicht ausreicht.

Bei Kranken, die auf private Kosten zu verpflegen sind, ist von den Angehörigen bzw. dem gesetzlichen Vertreter ein Antrag an die Anstaltsdirektion einzureichen mit den nötigen Unterlagen und einem einfachen ärztlichen Gutachten.

Bei Kranken, deren Fürsorge dem Landesarmenverband oder einer ähnlichen Organisation, jedoch auch einer Krankenkasse usw. obliegt, also in der Mehrzahl aller Fälle, ist die Aufnahme bei der zuständigen Landespolizeibehörde nachzusuchen und von dieser erst in zweiter Linie bei der Direktion zu beantragen. Außerdem ist hier ein Physikatsgutachten erforderlich.

Es erscheint nicht ganz klar, warum derartige umständliche Vorsichtsmaßregeln gerade bei solchen Kranken vorgeschrieben sind, bei denen doch wohl noch am wenigsten die Gefahr einer „widerrechtlichen" Internierung bestehen dürfte.

Bei gemeingefährlichen Geisteskranken u. ä. hat die Landespolizeibehörde die einstweilige Aufnahme in die Anstalt zu veranlassen. Auch hier ist ein Physikatsgutachten erforderlich. Desgleichen bei allen Kranken, auf welche die Vorschriften der seitherigen Paragraphen nicht zutreffen, und deren Aufnahme mit Rücksicht auf den eigentlichen Zweck der Anstalt unbedenklich erscheint; unter diese Bestimmungen dürften wohl auch etwaige freiwillige Aufnahmen fallen, jedoch sind diese alle nur widerruflich genehmigt.

Ausführliche Bestimmungen sichern die Kostendeckung.

Dieser ganze ziemlich umständliche und pedantische Apparat wird nun wieder gemildert durch die Ausnahmebestimmungen. Einmal sind dem Physikatsgutachten als gleichwertig zu erachten die ärztlichen Gutachten von Leitern der Krankenanstalten, von Anstaltsärzten und dergleichen, denen das Ministerium die ausdrückliche Ermächtigung zur Ausstellung solcher Gutachten erteilt hat, und schließlich kann, wie gewöhnlich, die Direktion in dringenden Fällen einen Kranken vor Beibringung der erforderlichen Aufnahmepapiere einstweilen zulassen, sofern die Grundbedingungen für die Aufnahme gewährt erscheinen.

Die Anstaltsdirektion beschließt in jedem Falle über die Zulässigkeit der Aufnahme usw. Gegen einen ablehnenden Bescheid steht die Beschwerde an die Aufsichtsbehörde offen.

Allmonatlich ist dem Landesmedizinalkollegium ein Verzeichneis der erfolgten Aufnahmen sowie der abgelehnten Aufnahmeanträge unter Beifügung der Unterlagen einzureichen, und einvierteljährlich hat dieses dann dem Staatsministerium summarisch zu berichten; ein Verfahren, dessen rein formaler Charakter schon aus dem Wortlaut der Verordnung hervorgeht.

Noch eingehender und umständlicher sind die Bestimmungen über die Entlassung, die jedoch unter ihrer etwas schwerfälligen Formulierung ganz vernünftige Gedanken enthalten, wie sie sich auch in anderen modernen Bestimmungen finden. —

Manches Eigenartige findet sich in dem Statut der anhaltischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Bernburg. Zunächst ist diese nicht staatlich, sondern Eigentum des anhaltischen Landesarmenverbandes.

Außerdem ist Anhalt unseres Wissens der einzige Staat in Deutschland, bei dem die Anträge für die Aufnahme von Geisteskranken an das Landesfürsorgeamt zu richten sind. Es ist hier also schon in die Praxis umgesetzt, was der noch zu besprechende Gegenentwurf der Landesdirektorenkonferenz für das neue preußische Irrengesetz vorschlägt. (Vgl. Teil V.)

Das ärztliche Zeugnis muß, allerdings nur „in der Regel“ von einem anhaltischen oder einem beamteten nicht anhaltischen Arzte ausgestellt sein nach Anleitung eines vorgeschriebenen Formulares. Es ist also auch hier vernünftigerweise die Möglichkeit einer Ausnahme vorgesehen. Spätestens 14 Tage nach der Genehmigung der Aufnahme muß der Kranke aufgenommen werden. Daß nicht nur in gewöhnlichen, sondern auch in dringlichen Fällen die Zuführung eines Geisteskranken an Sonn- und Festtagen „tunlichst“ zu vermeiden und an Werktagen auf die Tagesstunden von 7 Uhr vormittags bis 7 Uhr nachmittags zu beschränken ist, dürfte sich wohl ebenfalls nicht immer so ganz wörtlich durchführen lassen.

Über Entlassung, sowie über Beschwerderecht ist in dem uns vorliegenden Auszug aus dem Statut der Anstalt nichts enthalten, es dürften hier wohl keine wesentlichen Unterschiede gegenüber anderen Staaten bestehen.

In mancher Hinsicht recht eigenartig und interessant sind auch die Bestimmungen in Berlin, niedergelegt in dem Reglement vom 15. II. 1902. Hier spukt noch vor allem die strenge Unterscheidung von „heilbaren“ und „nicht heilbaren“ Geisteskranken auf Grund einer allerhöchsten Kabinettsorder vom 6. VI. 1835 (!). Danach sind die Heilbaren in die Charité zu verbringen. Die Kranken der übrigen Anstalten sind auf ihre Heilbarkeit „sofort in sorgsame Beobachtung zu nehmen“, und wenn der Direktor sie für heilbar erachtet, müßten sie zur Charité, (also u. U. zurück-) verlegt werden; stellt sich dort aber dann ihre Unheilbarkeit heraus, so müssen sie, ebenso wie alle anderen Kranken, — (wieder) — zur Irrenanstalt. Diese ganzen Bestimmungen dürften wohl nur noch auf dem Papiere stehen.

Andererseits fehlt hier, was angenehm auffällt, eine Bestimmung über ein vorherige Genehmigung jeder Aufnahme durch die Polizeibehörde u. ä., sowie über das ärztliche Attest, das wohl als selbstverständlich vorausgesetzt wird.

Die übliche Anzeige an die Staatsanwaltschaft und die Notwendigkeit der Entlassung im Falle einer abgelehnten Entmündigung usw. findet sich ebenfalls; dagegen ist hier, — soviel sich überblicken läßt, als einziger Fall neben Bayern, — der schüchterne Versuch gemacht, Geisteskranke auch vor denjenigen Gefahren zu schützen, die ihnen wirklich drohen, und zwar ist es hier, im Gegensatz zu Bayern die Gefahr einer vermögensrechtlichen Benachteiligung, die berücksichtigt wird. In § 11 des Reglements heißt es: „Solange die Entmündigung eines Kranken noch nicht eingetreten ist, hat der Direktor die von ihm etwa für erforderlich erachteten Maßnahmen behufs Fürsorge für die Person oder das Vermögen derselben herbeizuführen. Ist zu vermuten, daß das Vermögen des Kranken durch dritte Personen geschädigt werden könnte, so ist auch der Armendirektion bzw. der Deputation unverweilt Mitteilung davon zu machen.“

Der tiefere Grund zu dieser Bestimmung scheint allerdings das finanzielle Interesse der Armenverwaltung gewesen zu sein, nicht humanitäre Erwägungen. Doch soll dadurch die segensreiche Wirkung dieses Paragraphen nicht herabgesetzt werden.

Es kommt hier offenbar die Errichtung einer Pflegschaft in Frage, und es dürfte wohl praktisch sich dann die weitere Entwicklung so gestalten, daß die Staatsanwaltschaft in allen den Fällen, in denen auf Grund dieses Paragraphen eine Pflegschaft zu Stande gekommen ist und der Lage der Sache nach genügt, von der Einleitung des Entmündigungsverfahrens Abstand nimmt. Es wäre vielleicht auch hier zweckmäßiger gewesen, diesen Regelfall schärfer herauszuarbeiten und die seltenere Ausnahme als solche zu kennzeichnen. —

Der Eigenart des Berliner Krankenmaterials entsprechend findet sich hier weiterhin eine ausführliche Regelung vorgesehen für die Fälle von kriminellen oder gemeingefährlichen Geisteskranken, für deren Aufnahme, Entlassung und Entweichung, Meldung hierüber an die Polizeibehörden und die Staatsanwaltschaft, u. U. auch an den Amtsvorsteher des betr. Bezirkes usw. Sogar ein Zurückholen des entwichenen Kranken durch Personal der Anstalt ist vorgesehen, — u. a. m. Auf den scharfen Gegensatz, in dem diese Bestimmungen, der Eigenart des Krankenmaterials entsprechend, zu denen anderer Staaten, insbesondere denen Württembergs stehen, wurde oben bei der Besprechung der Regelung in jenem Staate bereits hingewiesen.

Auch in Bayern ist, ähnlich wie etwa in Hamburg und Braunschweig, ein Teil der Fragen durch Gesetz geregelt, ein Teil auf dem Verordnungswege. Bis zu dem berüchtigten Alexianerprozeß war die Aufnahme überhaupt an keine Formalität gebunden, ohne daß dies zu irgendwelchen Unzuträglichkeiten geführt hätte[1]), dann aber wurde es anders.

An sich hat jeder Kreis, ähnlich wie in Preußen jede Provinz, das Recht, selbständig Verordnungen in dieser Sache zu erlassen. Tatsache ist aber, daß, ebenso wie in Preußen, unter den Satzungen der Anstalten in den acht Kreisen keine grundsätzlichen Verschiedenheiten bestehen. Als Beispiel seien die Satzungen der mittelfränkischen Heil- und Pflegeanstalten erwähnt.

Abgesehen von der finanziellen Sicherstellung und dem Ausweis über die Personalien, ist hier zur Aufnahme erforderlich das übliche ärztliche Zeugnis, sowie die Bestätigung des „gestörten Geisteszustandes" des Aufzunehmenden, gegründet auf die „selbständigen, von dem ärztlichen Zeugnis unabhängigen Erhebungen" des „zuständigen Beamten seitens der Distriktspolizeibehörde des letzten Aufenthaltsortes der betreffenden Person", — eine recht bedauerliche Bestimmung.

Freiwillige Aufnahmen sind vorgesehen.

Bei sehr dringenden Fällen ist die einstweilige Aufnahme möglich.

---

[1]) Vgl. *Rieger*, zitiert nach *Schultze*.

Für jede Aufnahme ist die nachträgliche Genehmigung der Regierung einzuholen. Ebenso ist Anzeige an die Staatsanwaltschaft erforderlich, jedoch nur, wenn ein gesetzlicher Vertreter der aufgenommenen Person nicht vorhanden, oder dessen Vernehmung mit unverhältnismäßigem Zeitverluste ausführbar ist, oder wenn es sonstige Umstände angezeigt erscheinen lassen.

Das Vorhandensein von Freiplätzen in den Anstalten bietet ein Druckmittel gegen unvernünftige Angehörige, falls diese den Kranken gegen ärztlichen Rat aus der Anstalt herausnehmen wollen, — sie gehen dann gegebenenfalls des Freiplatzes verlustig.

Entlassungen sind ebenfalls der Polizeibehörde und dem Bezirksarzte des Aufenthaltsortes mitzuteilen, ebenso der Regierung.

Beschwerden gehen an den Direktor bzw. an die Aufsichtsstelle der Kreisregierung, Kammer des Innern; es ist dem Beschwerdeführer begründeter Bescheid zu geben.

Bezüglich der Aufsichtskommission ist durch eine Verfügung vom 26. VII. 1919 ausdrücklich für alle Kreise angeordnet, daß ein theoretisch und praktisch erprobter Irrenarzt hierbei zuzuziehen sei.

Im übrigen werden weitere Beschwerden an den Staatsanwalt weitergereicht, der gegebenenfalls daraufhin das Entmündigungsverfahren einleitet.

Ferner besteht aber in Bayern das grundsätzlich außerordentlich wichtige Polizeistrafgesetzbuch vom 10. XI. 1861, bzw. 26. XII. 1871. Dieses sieht zunächst die Einweisung gemeingefährlicher Geisteskranker durch die Polizei vor (Art. 80, Abs. 2), auf Grund eines Gutachtens des zuständigen Bezirksarztes und eines dementsprechenden Beschlusses der zuständigen Distriktspolizeibehörde (vgl. § 17, 4 der Satzungen). Der Eingewiesene hat das Recht, (auf das er von der Anstaltsleitung aufmerksam zu machen ist), innerhalb 14 Tagen, vom Tage der Zustellung des Einweisungsbeschlusses an, gegen die Einweisung Beschwerde bei der vorgesetzten Behörde (zuständige Kreisregierung) einzulegen.

Außerdem aber sieht, und das ist das grundsätzlich Wichtige dabei, dieses alte Polizeistrafgesetzbuch auch Strafen vor (allerdings dem damaligen Geldwert nach berechnet und heute recht niedrig anmutend) für Verwahrlosung und ähnliches von Geisteskranken. So wird nach Art. 80 Abs. 1 mit Geldstrafe bis zu 15 M. bestraft, „wer mit Gefahr für Person oder Eigentum oder für die öffentliche Sicherheit Blödsinnige oder Geisteskranke, deren Aufsicht ihm obliegt, frei auf Straßen oder an öffentlichen Orten herumlaufen läßt“. Weiterhin wird bestraft bis zu 90 Mark oder mit Haft bis zu 4 Wochen, „wer Angehörige oder ihm anvertraute Kinder, Kranke, Gebrechliche, Blödsinnige oder andere dergleichen hilflose Personen in bezug auf Schutz, Aufsicht, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlost“. In diesem Falle kann dann die Polizeibehörde beauftragt werden, selbst für die weitere Unterbringung zu sorgen.

Im Frühjahr 1914 wurde dann dem bayrischen Landtag ein Gesetzentwurf vorgelegt, der eine der wesentlichsten Grundlagen der „Grundzüge zu einem Irrenschutzgesetze" vom Jahre 1923 gebildet haben dürfte und zum Teil fast wörtlich mit ihm übereinstimmt. Infolge des Kriegsausbruches wurde dieser Entwurf jedoch nicht verabschiedet [1]). Es sollte nach diesem Entwurf über die Zulässigkeit der Verwahrung das Amtsgericht [2]) entscheiden, nach persönlicher Vernehmung des Kranken selbst. Allerdings sollte die Vernehmung unterbleiben dürfen, wenn sie mit Schwierigkeiten verbunden sei, oder wenn Nachteile für die Gesundheit des Kranken zu befürchten seien, oder wenn bereits eine derartige Vernehmung in einem früheren, nicht mehr als 6 Monate zurückliegenden Verfahren stattgefunden habe.

Außerdem sind wiederum die Strafen für schuldhafte Vernachlässigung von Geisteskranken vorgesehen und etwas erhöht: Geldstrafen bis zu 150 M. oder Haft bis zu 6 Wochen.

Das aber hat der spätere Reichsgesetzentwurf nicht übernommen, was wohl, wie nichts anderes besser, seine Einseitigkeit charakterisiert.

Ein neues Polizeistrafgesetzbuch soll in Vorbereitung sein.

Drei Staaten haben die Frage durch Gesetz geregelt, Weimar, Sachsen und Baden.

In dem neugebildeten Freistaate Thüringen besteht noch keine einheitliche Regelung, es sind einstweilen die Bestimmungen der früheren Einzelstaaten jeweils noch in Geltung.

Sachsen-Weimar aber hatte das erste Irrengesetz in Europa, wenn man von einigen noch früheren Bestimmungen in England absieht. Dieses Gesetz war erlassen am 23. II. 1821 und wurde am 29. V. 1847 durch ein neues ersetzt, das nur formale Änderungen gegenüber dem früheren enthalten soll.

Es verdient hervorgehoben zu werden, daß sich in diesem alten Gesetze vom Jahre 1847 [3]) manche ganz vortreffliche Bestimmung findet.

---

[1]) Vgl. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 16, S. 412, und Deutsche Juristenzeitung 1. I. 1915.

[2]) Es ist nach dem Wortlaut des Entwurfes nicht ganz klar, ob diese Entscheidung nur dann erfolgen sollte, wenn sie ausdrücklich, sei es von dem Kranken, sei es von den Angehörigen beantragt wurde, oder ob dieser Antrag und die Entscheidung notwendige Voraussetzung zur Anstaltsaufnahme überhaupt sein sollte, es dürfte wohl Letzteres gemeint gewesen sein.

[3]) *Reuß* l. c. S. 33 und 210. Der Wortlaut des Gesetzes von 1821 lag mir nicht vor.

Die, wie es damals schon hieß „Irren-Heil- und Pflegeanstalt“ in Jena war bestimmt zur Aufnahme von „Geistes- und Gemütskranken jeder Art“ — „wenn sie a) entweder Heilung hoffen lassen oder wenn b) deren Unterbringung zur Sicherung des Kranken oder im öffentlichen Interesse notwendig erscheint (§ 1)“. Antragsberechtigt sind Verwandte, der Vormund und die Heimatsbehörde (§ 2). „Zwangsweise und gegen den Willen der in § 2 bezeichneten Berechtigten darf die Einlieferung nur in dem in § 1 unter b) erwähnten Fällen, oder wenn die Heilung in der Heimat entweder gar nicht oder in ganz unangemessener Weise versucht wird, stattfinden.“ (§ 3). — Die Anstalt ist in erster Linie nur für Kranke aus dem Großherzogtume bestimmt. (§ 4). — Zur Aufnahme erforderlich ist die Genehmigung des Staatsministeriums, in dringenden Fällen vorläufige Aufnahme durch die Direktion und nachträgliche Genehmigung. (§ 5). — Regelung der Kosten in § 6. Entlassung geheilter Kranker nach dem Ermessen des Direktors, ungeheilter nur mit Genehmigung des Ministeriums. Jedoch Beurlaubungen auch ungeheilter, genesender Kranker unter Anzeige an die Heimatsbehörde (§ 7).

Aus den Ausführungsbestimmungen vom 29. V. 1847 ist noch hervorzuheben, daß — entsprechend dem pastoralen Zuge der Zeit in der damaligen Psychiatrie, — jede Aufnahme vorher durch einen Arzt und durch einen Geistlichen unabhängig voneinander an Hand eines Fragebogens begutachtet werden mußte (§ 2), — eine Bestimmung, die natürlich inzwischen längst geändert ist —, und — wiederum eine sehr modern klingende Verfügung —, daß alle diesbezüglichen Fragen mit möglichster Beschleunigung erledigt werden sollen unter ausdrücklichem Hinweis „auf die davon sehr abhängige leichtere und schnellere Heilbarkeit“, damit nicht „der Hauptzweck der Aufnahme — die Wiederherstellung des Kranken — durch Verzögerung der Einlieferung erschwert und vereitelt werde“. (§ 3). Beurlaubte Geisteskranke sind sofort unter besondere ärztliche Aufsicht zu stellen bei freier Arztwahl, bzw. bei Unbemittelten unter Aufsicht des Bezirksphysikus. Dieser hat auch ganz allgemein bei allen beurlaubten Kranken darüber zu wachen, daß keine Gemeingefährlichkeit eintritt (§ 4).

Durch Nachtragsgesetz vom 11. I. 1854 wurden Gesetz und Verordnung auch auf die Anstalt in Blankenhain ausgedehnt.

Dieses Gesetz, das, wie wir sehen, geradezu erstaunlich moderne und sachliche Bestimmungen enthält, und das in wohltuendem Gegensatze steht zu den meisten der aus jener Zeit stammenden Gesetze, insbesondere zu denen von Genf, von Holland und England, auf die später noch eingegangen sei, ist offensichtlich seinerzeit unter Mitwirkung und unter bestimmendem Einflusse von wirklich Sachverständigen — wahrscheinlich dem Direktor der Anstalt selbst — geschaffen und besteht in seinen wesentlichsten Teilen auch nach dem Zusammenschluß der Thüringischen Staaten für die Anstalten in Jena und Blankenhain noch weiter, nur wurde es in manchen Punkten durch Nachträge auf dem Verordnungswege abgeändert oder ergänzt, und zwar keineswegs im schlechten Sinne.

Die Aufsichtsbehörde ist jetzt das Thüringische Ministerium für Volksbildung und Justiz, Abteilung Weimar. Der Aufnahmeantrag ist direkt an die Direktion der Anstalt zu richten, eine vorherige Genehmigung der Behörde ist nicht mehr erforderlich. Bei Geisteskranken, die auf öffentliche Kosten verpflegt werden, ist ein kreisärztliches Zeugnis erforderlich, bei Selbstzahlern genügt das Zeugnis jedes praktischen Arztes. Bei Nervenkranken ist selbst dies nicht erforderlich. Die Aufnahmen werden keiner Gerichtsbehörde, wie Staatsanwalt o. ä. mitgeteilt. Die Entlassung erfolgt nach dem Ermessen der Direktion, gegebenenfalls gegen Unterzeichnung eines Reverses. Bei Beschwerden ist das Thüringische Ministerium für Volksbildung zuständig. — Eine Fürsorge für entlassene Kranke außerhalb der Anstalt wird allerdings, wie auch in den meisten anderen Ländern, nicht ausgeübt.

In den übrigen Landesteilen Thüringens, deren Vorgängerstaaten sich in ihren Verordnungen dem Vorbilde Preußens angeschlossen hatten, ist der Aufnahmeantrag an den Landrat zu richten, der ihn dem Staatsministerium weiterreicht. Eine große Anzahl von Aufnahmen dürften allerdings, ebenso wie in Preußen, als „dringlich" unmittelbar in das Ermessen der Anstaltsleitung gestellt sein. Jede Aufnahme ist der zuständigen Staatsanwaltschaft anzuzeigen. In zweifelhaften Fällen fordert die Regierung nach der Aufnahme einen eingehenderen Bericht der Direktion ein.

Entlassungen stehen im Ermessen der Direktion; über Beschwerden entscheidet das Ministerium des Innern in Weimar.

Als recht gut zu bezeichnen ist das sächsische Gesetz über die „Anstaltsfürsorge an Geisteskranken im Königreich Sachsen" vom 12. XI. 12 [1]). Es fällt darin schon angenehm der sachliche Titel auf. Es ist hier allerdings zunächst nur die Unterbringung der von Ortsarmenverbänden zu unterhaltenden Kranken geregelt, doch dürfte sich praktisch das gesamte Aufnahme- und Entlassungsverfahren nach diesen Bestimmungen richten.

Zur Aufnahme erforderlich ist ein einfaches ärztliches Gutachten, in zweifelhaften Fällen das eines Bezirksarztes. Über die Aufnahme entscheidet auf Grund des Gutachtens die Anstaltsdirektion. Lehnt sie ab, so ist dann, also gegen die Ablehnung, nicht gegen die Aufnahme, eine Beschwerde an die zuständige Kreishauptmannschaft zulässig; das Gleiche gilt für den Fall einer geplanten Entlassung, mit der die Heimatsgemeinde nicht einverstanden ist. Die Ausführungsbestimmungen vom gleichen Tage besagen weiter hin, daß in zweifelhaften Fällen, wenn also die Anstaltsdirektion die Aufnahme zunächst ablehnt, die Kreishauptmannschaft mit Zustimmung des Beteiligten oder seines gesetzlichen Vertreters, eine Beobachtung in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt anordnen, und zwar bis zur Dauer von drei Monaten. Eine etwaige Beschwerde

---

[1]) Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 14, 1912, S. 493, und *Hösel*, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 69, S. 639.



gegen die Internierung oder die Zurückhaltung geht an das Ministerium des Innern.

Das Gesetz ist kurz und sachlich und nimmt auf die praktisch wichtigen Fälle in erster Linie Rücksicht, und nicht auf die theoretisch so fürchterlich aussehende, aber praktisch nicht vorkommende Möglichkeit einer widerrechtlichen Internierung.

Am 8. III. 13 beschloß dann noch die Direktorenkonferenz des Königreichs Sachsen, durch möglichste Vereinfachung der Aufnahmebedingungen die beschleunigte Zuführung aller Kranken zu ermöglichen [1]). Es ist nicht bekannt geworden, daß Fälle von widerrechtlicher Internierung sich gerade in Sachsen oder in einem der anderen oben genannten Staaten in beängstigender Weise gehäuft hätten.

Von größter Bedeutung, nicht nur wegen seiner grundsätzlichen Regelung der Frage, ist das viel besprochene badische Irrengesetz vom 25. VI. 1910 [2]), ein Gesetz, dessen Einfluß auf die letzten Entwürfe unverkennbar ist. Es wird vielfach, auch von psychiatrischer Seite, als die glücklichste Lösung der Frage bezeichnet [3]), eine Ansicht, der wir uns nicht anschließen können, und die wir im Grunde tief bedauerlich finden müssen. Das badische Irrengesetz erscheint bei näherer Betrachtung, — trotz mancher an sich recht guter Bestimmungen, — in der äußeren Form als ein ganz übler Konzessionsschulze für das Vorurteil der Menge, als ein antipsychiatrischer Popanz, der zur Beruhigung der urteilslosen Masse die bösen Irrenärzte schrecken soll, der aber in Wirklichkeit ganz ungefährlich, der in dieser Hinsicht eben nur eine innerlich hohle und glücklicherweise unschädliche Atrappe ist. Wegen dieser Ungefährlichkeit wird es nun von vielen Irrenärzten vielfach als harmlos und als idealer Ausweg aus der Situation angesehen, trotzdem doch hier alles von den Ausführungsbestimmungen bzw. der Sachlichkeit und dem Wohlwollen der Regierung abhängig ist. Daß in Baden hier vielleicht keine Befürchtungen zu bestehen brauchen, soll nicht bezweifelt werden; für andere Länder jedoch dürfte nach den seitherigen Erfahrungen etwas größeres Mißtrauen wohl nicht ganz unberechtigt sein. Auch daß es nicht ausdrücklich als antipsychiatrisch, infolge einer systematischen Hetze geschaffen wurde oder aus Veranlassung eines bestimmten Falles, ist das Wesentliche, sondern die tatsächliche Form, das Prinzip, — und darauf kommt es hier an.

---

[1]) Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 14, S. 620.
[2]) Ebenda Bd. 12, S. 231 ff.
[3]) Ebenda Bd. 27, S. 1 u. 429 u. a. m.

Unserer Überzeugung nach hätte man hier von vornherein Front machen müssen dagegen, daß dem Buchstaben nach — das ist nun einmal nicht abzustreiten, — den Irrenärzten überhaupt so grobe Unwissenheit, Fahrlässigkeit oder auch Charakterlosigkeit zugetraut wird, daß man die Kranken vor ihnen „schützen" und diesen Schutz in die Hand des zuständigen Bezirksamtes legen müsse, — auch wenn dieser „Schutz" nur rein formal ist und auf dem Papier steht. Hier hätte es wirklich heißen müssen: principiis obsta!

Die Aufnahme in eine Irrenanstalt ist zunächst nur möglich, wenn das zuständige Bezirksamt vor der Unterbringung diese auf Antrag für statthaft erklärt, oder von Amts wegen anordnet. Es findet also eine vorherige Entscheidung von Laien statt über die rein ärztliche Frage der Aufnahmebedürftigkeit, und das ist hier der springende Punkt; denn wenn die üblichen Ausnahmen nicht vorgesehen wären, die diese ganze Bestimmung wieder in Frage stellen, hätte man ohne weiteres die üblen Folgeerscheinungen zu gewärtigen, die von dem letzten Reichsgesetzentwurf zu befürchten waren.

Den meisten übrigen Bestimmungen kann man zustimmen. Es genügt das Attest eines in Deutschland approbierten Arztes. Es besteht weiterhin das Recht der gerichtlichen Klage gegen das Bezirksamt, d. h. nur sofern der Kranke nicht geschäftsunfähig ist. Die Entscheidung hierüber muß natürlich dann doch wieder letzten Endes dem sachverständigen Arzte zustehen.

Schwabe[1]) wendet hier mit Recht ein, daß ja letzten Endes, ebenso wie bei der Anfechtungsklage im Entmündigungsverfahren, gerade die Geschäftsfähigkeit des Kranken im Mittelpunkt des Streites stehe, also nicht zur Voraussetzung für die Einleitung der Klage gemacht werden könne. Es ist dies zum wenigsten ein Mangel an Folgerichtigkeit bei dem badischen Gesetze, oder aber auch, wenn man will, eine jener Bestimmungen, die das Gesetz zur Atrappe erniedrigen.

Von Amts wegen kann das Bezirksamt die Aufnahme anordnen, — auch wenn kein Antrag vorliegt —, wenn der Kranke „für sich selbst oder für andere Personen, oder für das Eigentum gefährlich, oder für die öffentliche Sittlichkeit anstößig, oder in bezug auf Aufsicht, Schutz, Verpflegung, oder ärztlichen Beistand verwahrlost oder gefährdet ist" [2]).

Diese letztere Bestimmung ist so weitgehend, daß sie wohl für die Mehrzahl aller Kranken zutreffen dürfte. Es ist hierbei allerdings erforderlich das Attest des zuständigen Bezirksarztes oder des Vorstandes einer öffentlichen Irrenanstalt. Eine derartige Unterbringung ist jedoch nur in einer staatlichen Anstalt zulässig. — Auch hier ist Klage vorgesehen.

---

[1]) „Zur Irrenfürsorgegesetzgebung". Psych.-Neurol. Wochenschr. Bd. 28, S. 39.

[2]) Diese recht glückliche Formulierung wurde z. B. auch in das um so vieles bessere, oben besprochene hessische Regulativ übernommen.

In dringenden Fällen kann die sofortige „fürsorgliche Unterbringung“ eines Kranken auch ohne Antrag und ohne vorherige Genehmigung oder Anordnung des Bezirksamtes erfolgen, wenn der zuständige Bezirksarzt, oder ein Arzt der betreffenden öffentlichen Anstalt die Notwendigkeit der sofortigen Aufnahme zum Zwecke der Heilung des Kranken oder zur Vermeidung von Gefahren für den Kranken selbst oder anderer Personen oder für das Eigenthum oder für die öffentliche Sittlichlichkeit bestätigt. Praktisch werden wohl die meisten Aufnahmen als „dringlich“ frisiert, und der Form ist genüge getan. Daß dies eine ideale Lösung ist, kann wirklich nicht behauptet werden.

Privatanstalten sind ebenfalls zu diesem Verfahren berechtigt, wenn der betreffende Arzt hierzu von dem Ministerium des Innern besonders ermächtigt ist. Hier ist jedoch innerhalb 24 Stunden Nachuntersuchung durch den Bezirksarzt erforderlich.

Es folgen weitere, an sich mehr selbstverständliche Bestimmungen über die Einweisung zur Beobachtung von Zwangszöglingen, Strafgefangenen oder aktiven Militärpersonen auf die Höchstdauer von 6 Wochen und auf Antrag der zuständigen Stelle.

Gegen die Zurückhaltung in der Anstalt ist Beschwerde an das Bezirksamt möglich, — [jedoch ebenfalls nur, wenn der Kranke nicht geschäftsunfähig ist,] — oder wenn die dazu berechtigten Angehörigen usw. diesen Antrag stellen. Als zweite Instanz ist dann ebenfalls die gerichtliche Klage vorgesehen.

In öffentlichen Armenhäusern usw. dürfen Geisteskranke nur verpflegt werden, wenn die Kranken nach dem Zeugnis eines Bezirksarztes oder des Vorstandes einer Irrenanstalt der psychiatrischen Behandlung und der Unterbringung in eine Irrenanstalt nicht bedürfen.

Das Gesetz soll sich nach der Meinung namhafter badischer Irrenärzte [1]) bewährt haben, aber doch wohl nur infolge einer liberalen Auslegung bzw. Durchführung, die in dieser Ausdehnung wahrscheinlich im Gegensatz zu der eigentlichen Volksmeinung steht, und die keineswegs für die Dauer oder für andere Länder gewährleistet werden kann. Wir halten es also nach wie vor nicht für richtig, infolge dieser vorläufigen Harmlosigkeit in praxi über die grundsätzliche antipsychiatrische Tendenz des Gesetzes hinwegzusehen und es als eine ideale Lösung zu bezeichnen.

[Bei der Beratung dieses Gesetzes wurde übrigens, wie auch *Schultze* später bei der Beratung seiner Richtlinien im Deutschen Verein für Psychiatrie mitteilte, ausdrücklich festgestellt, daß noch nie in Deutschland ein Fall von widerrechtlicher Internierung eines geistesgesunden Menschen in einer ärztlich geleiteten Irrenanstalt vorgekommen sei.]

Das Gesetz bringt, wie gesagt, praktisch manche gute Bestim-

[1]) Vgl. *Fischer* (s. S. 58 Anm. 3 und Literaturübersicht).

mung, aber zunächst ist und bleibt die Aufnahme in der Theorie abhängig von der vorherigen Entscheidung einer nicht sachverständigen Behörde, eine Bestimmung, die eine schwere Kränkung des irrenärztlichen Standes in sich schließt, eine Kränkung, die nicht dadurch aus der Welt geschafft wird, daß man mit Erfolg versucht, durch die zahlreich vorgesehenen Ausnahmen dies wieder abzuschwächen.

Auch daß die Frage in Preußen und Bayern grundsätzlich ähnlich geregelt ist — und grundsätzlich auch ähnlich umgangen wird [1]) —, ändert an unserer Kritik nichts. Vor allem aber handelt es sich in diesen Ländern — vorläufig wenigstens — um kein Gesetz. Erwähnt sei übrigens noch, daß das badische Gesetz in vieler Hinsicht, insbesondere in der Art des Verfahrens, auf der früheren Verordnung vom Jahre 1895 beruht [2]), nur daß diese das Bezirksamt nur bei der Einweisung wegen Gemeingefährlichkeit in Tätigkeit treten ließ; es werden also jetzt alle Kranken so behandelt, wie früher nur die Gemeingefährlichen.

Und schließlich darf in diesem Zusammenhange daran erinnert werden, daß nach den Reichsgerichtsentscheidungen vom 5. X. 08 (DRSp. 607, Nr. 3356) [3]) und vom 5. XII. 10 [4]) alle Kranken, die auf Grund dieser Verordnung oder überhaupt auf polizeiliche Anordnung als „für sich oder andere gefährlich“ in eine öffentliche Irrenanstalt verbracht wurden, als „Gefangene“ im Sinne der Paragraphen 120 und 347 StGB. anzusehen sind, — eine Tatsache, aus der sich jedenfalls sehr bedenkliche Parallelen ziehen ließen. —

Daß andererseits die „Irrenrechtsreform“ [5]) mit diesem Gesetz nicht zufrieden ist, bedarf keines besonderen Hinweises; aus der dortigen Kritik sei nur ein Punkt herausgegriffen, der die sachliche Unkenntnis dieser Kreise illustriert: es wird das Wort „geschäftsunfähig“ mit „entmündigt“, identifiziert. Die übrigen Einwände sind die von dieser Seite her üblichen. —

Die Bestimmungen über Privatanstalten sind in den meisten Ländern ähnlich wie in Preußen, jedenfalls aber wohl überall strenger als diejenigen für die öffentlichen Anstalten.

---

[1]) Vgl. oben *Mönkemöller* S. 40.

[2]) cf. *Wyler*, „Garantien der Freiheitsrechte“, S. 10 und *Fischer*, Psych.-Neurol. Wochenschr. Bd. 12, S. 298.

[3]) Zitiert nach *Voß*, „Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie VIII“. Psych.-Neurol. Wochenschr. Bd. 11, S. 3.

[4]) Ebenda Bd. 12, S. 415.

[5]) Bd. 10, 1918, Nr. 61, S. 149.

IV. Überblick über die Irrengesetze und das Irrenwesen der wichtigsten außerdeutschen Staaten.

Über die Irrengesetzgebung außerdeutscher Länder bestehen aus früheren Zeiten eine Reihe mehr oder weniger ausführlicher Schilderungen wie z. B. von *Laehr*[1]), *Wyler*[2]), *Reuß*[3]), *Pandy*[4]) u. a., die z. T. von den verschiedensten Gesichtspunkten ausgehen. Inzwischen haben sich aber die Verhältnisse in vielen Ländern nicht unbeträchtlich geändert, oder aber es hat sich ein gewisser praktischer modus vivendi herausentwickelt, so daß es eine sehr dankenswerte Aufgabe wäre, noch einmal dieses ganze Gebiet zusammenfassend zu schildern. Eine erschöpfende Darstellung würde natürlich den Rahmen der vorliegenden Arbeit weit überschreiten; es seien deshalb unter Beschränkung auf die wesentlichsten Punkte nur die wichtigsten der europäischen Länder herausgegriffen. Aber auch hierbei bestand eine außerordentliche Schwierigkeit, da es nicht möglich war, die gesamte ausländische Literatur daraufhin durchzusehen, und da in der deutschen Literatur in der Zeit nach dem Kriege die ausländischen Verhältnisse weniger Berücksichtigung gefunden hatten. Auch war natürlich eine Studienreise durch ganz Europa, wie *Pandy* sie seinerzeit ausgeführt hatte, aus naheliegenden Gründen nicht möglich. Man mußte deshalb auf frühere Veröffentlichungen zurückgreifen, soweit sich nicht durch persönliche Anfragen bei Fachkollegen der betreffenden Länder näheres ermitteln ließ; es sei auch an dieser Stelle allen fremdländischen Kollegen, die mich bei dieser Arbeit unterstützt haben, mein herzlichster Dank ausgesprochen. Eine Reihe der Befragten hat leider nicht geantwortet.

Unter allen diesen Umständen können die nachstehenden Schilderungen nur mit einer gewissen Zurückhaltung gegeben werden, und es wäre denkbar, daß in diesem oder jenem Punkte während des Krieges oder nachher eine Änderung eingetreten ist, die hier noch nicht berücksichtigt wurde. Sehr wahrscheinlich ist dies allerdings nicht, da gerade

[1–4]) s. Literaturverzeichnis.



diese Dinge außerordentlich stabil zu sein pflegen. Es hat sich immer wieder gezeigt, daß, wenn in einem Staate eine neue gesetzliche oder verwaltungsrechtliche Regelung des Irrenwesens vorgenommen wird, daß man sich dann doch im wesentlichen an die bereits bestehenden Bestimmungen hält, und daß umstürzlerische Änderungen meist nicht vorgenommen werden. Es erben sich gerade hier Gesetz und Rechte mit einer außerordentlichen Zähigkeit fort. Der Geist, in dem das Irrenwesen eines Landes einmal geregelt ist, und sei dies vor hundert Jahren geschehen, wirkt mit einer derartigen suggestiven Kraft auf alle Köpfe des betreffenden Landes ein, daß an die Möglichkeit einer anderen Betrachtungsweise der Dinge in den meisten Fällen überhaupt nicht gedacht wird. Insbesondere erscheint es auffallend, daß die Gesetze und Erfahrungen anderer Länder dabei selten oder gar nicht berücksichtigt werden.

Bei der nachfolgenden Schilderung kam es weiterhin auch nicht darauf an, eine systematische, vergleichend-juristische Darstellung zu geben, wie sie etwa *Wyler* [1]) durchgeführt hat, sondern wir halten uns wohl zweckmäßiger an die von ihm sogenannte „geographische" Methode, weil diese für unsere Aufgabe einen bedeutend besseren Überblick gestattet. Auch kam es, wie gesagt, nicht so sehr darauf an, alle Einzelheiten anzuführen, als vielmehr einen Überblick über die wesentlichsten Dinge und über den G e i s t der ganzen Bestimmungen zu geben. Vor allem aber, — und das unterscheidet diese Darstellung grundsätzlich von derjenigen *Wylers* und auch von der sonst so vorzüglichen von *Reuß* [2]), — beschränke ich mich nicht darauf, die Gesetze und Verordnungen zu schildern, so wie sie auf dem Papier stehen, sondern als dringend notwendige Ergänzung mußte hinzukommen die Art, wie sich alle diese Regelungen in der Praxis bewährt hatten. Und dabei zeigte es sich doch, daß in vielen Fällen die schönsten Gesetze und Verordnungen an der rauhen Wirklichkeit scheitern, indem sie entweder, trotz an sich nicht unzweckmäßiger Fassung, große Mißstände nach sich ziehen, oder aber, indem sie, selbst bei noch so psychiaterfeindlicher und bürokratischer Tendenz, doch derartig umgangen werden, daß sie tatsächlich oft nur noch in der Theorie vorhanden sind.

Die tatsächlich vielfach vorhandenen Mißstände des praktischen Irrenwesens können ihrerseits nun entweder eine direkte Folge unzweck-

---

[1]) l. c.
[2]) l. c.

mäßiger Gesetzesbestimmungen sein, oder aber nur Folgen von Unterlassungssünden der Gesetzgebung. Dabei wird man allerdings im letzteren Falle den Urhebern der betreffenden Gesetze meist keinen Vorwurf machen können, da vielfach eine derartige Entwicklung gar nicht vorausgesehen werden konnte, und da diese sogar zuweilen eben als Folge der ganzen äußeren Verhältnisse, bei sonst ganz ähnlichen Gesetzen, in dieser Weise nur in einzelnen Ländern zutage traten, während sie in anderen Ländern nicht erschienen.

Einen Einwand könnte man vielleicht in diesem Zusammenhange gegen die Heranziehung der Verhältnisse in außerdeutschen Ländern überhaupt noch erheben, nämlich den, daß in vielen Ländern die Dinge, vom psychiatrischen Standpunkte aus gesehen, noch viel ungünstiger, rückschrittlicher und psychiaterfeindlicher liegen als in Deutschland, und daß die Gegner einer modernen Regelung der Irrenrechtspflege bei uns, die im allgemeinen die ausländischen Verhältnisse nicht zu kennen scheinen, durch eine derartige Darstellung erst darauf hingewiesen würden, — daß sie so neue Waffen in die Hand bekämen und bei ihren Bestrebungen dann auf die ausländischen Verhältnisse hinweisen könnten. Da nun der Deutsche überhaupt ja dazu neigt, große Ehrfurcht vor allem Ausländischen zu hegen, so bestehe die Gefahr, daß derartige Argumente bei der urteilslosen Masse oder bei manchen Volksvertretern nicht ohne Eindruck blieben.

Dieser Einwand ist aber wohl nicht stichhaltig. Einmal gibt es ja nicht nur Länder mit einer noch schlechteren Regelung, sondern auch solche mit ganz guten Gesetzen, oder doch wenigstens solche, in deren Gesetzgebung sich das eine oder andere Gute befindet, das für Deutschland nutzbar gemacht werden könnte. Weiterhin soll ja, wie gesagt, nicht nur eine schematische Darstellung von Gesetzesparagraphen gegeben werden, sondern auch eine Schilderung ihrer praktischen Auswirkung, was oft außerordentlich lehrreich sein dürfte, und schließlich ist für eine wissenschaftliche Forschung die Erwägung gleichgültig, daß mit ihren Ergebnissen von unberufener Seite Mißbrauch getrieben werden könnte.

Das deutsche Irrenwesen steht — und das wird auch im Auslande anerkannt — so hoch, daß es die Wahrheit nicht zu fürchten und einen Vergleich mit ausländischen Verhältnissen nicht zu scheuen braucht. Und schließlich ist es ja auch nicht die Aufgabe Deutschlands, seine Gesetzgebung der des Auslandes nach Möglichkeit anzupassen, sondern unser Bestreben soll es sein, möglichst das absolut Beste zu erreichen. —

Bei allen Irrengesetzen sind es im wesentlichen immer wieder die gleichen Tendenzen, die, teilweise sich gegenseitig widerstrebend und hemmend, die Gedanken der Gesetzgeber beherrschen:

Einmal der Wille, einen geistig gesunden Menschen vor einer etwaigen widerrechtlichen Internierung in der Irrenanstalt oder einen Geheilten vor einer zu langen Zurückhaltung dort zu schützen: also möglichste Erschwerung der Anstaltsaufnahme und möglichste Erleichterung der Entlassung.

Auf der anderen Seite steht der Wunsch, die Allgemeinheit vor den Geisteskranken zu schützen im Falle einer nachgewiesenen Geisteskrankheit und einer Gemeingefährlichkeit, u. U. auch schon einer wahrscheinlichen oder nur möglichen Gemeingefährlichkeit: demnach möglichst erleichterte, also rasche Aufnahme, und möglichste Erschwerung der Entlassung, falls die vollkommene Ungefährlichkeit des Kranken nicht über jeden Zweifel erhaben ist.

Der Widerspruch, der in diesen beiden Bestrebungen liegt, und der ihre gleichzeitige restlose Durchführung auf rein juristischem Wege unmöglich macht, ist wohl nirgends klar erkannt und scharf herausgearbeitet.

Die von der heutigen Zeit erhobenen Forderungen einer humanen und fürsorgerischen Betreuung der Kranken, insbesondere auch vor der Aufnahme oder nach der Entlassung, bzw. auch dann, wenn sie überhaupt nicht in die Anstalt gelangen, sind fast nirgends berücksichtigt, ebenso wenig wie der moderne Gedanke nur selten auftaucht, daß die frisch erkrankten und heilbaren Fälle in erster Linie so bald als möglich einer sachgemäßen, fachärztlichen Behandlung zugeführt werden sollten.

Es ist hoch interessant zu sehen, auf welche Weise und mit welchem Erfolge oder auch Mißerfolge die Gesetzgebung der einzelnen Länder sich mit allen diesen Problemen auseinandersetzt. —

Wir beginnen unsere Betrachtungen mit der Gesetzgebung in Frankreich, weil das dortige Gesetz zwar nicht das älteste aller bestehenden Gesetze ist, wohl aber, weil man in Frankreich wahrscheinlich zuerst in Europa sich wirklich zweckmäßig mit dieser Frage befaßt hat, und weil die Vorarbeiten zu dem jetzt noch in Kraft befindlichen französischen Gesetze im Winter 1837/38 wohl die Grundlage oder wenigstens den Anstoß zu fast sämtlichen in Europa vorgenommenen gesetzlichen Regelungen gebildet haben, auch zu dem etwas früher eingeführten Gesetze des Kantons Genf (s. d.).

Sérieux's[1]) Schilderung über die Behandlung der Geisteskranken in der „vorärztlichen“ Zeit durch geistliche Pflege scheint allerdings etwas allzu wohlwollend zu sein und vereinzelte Ausnahmen zu verallgemeinern.

Interessant ist jedenfalls, daß Frankreich schon im Jahre 1790 ein Gesetz erließ, das die Gemeinden für Schäden verantwortlich machte, welche durch das freie Umherlaufen von Geisteskranken entstanden, und der Code pénal droht im § 375 Polizeistrafen an gegen jene, die Verrückte, die ihrem Schutze anvertraut sind, — allerdings auch gegen jene, die bösartige und wilde Tiere —, frei umherlaufen lassen. Abgesehen von dieser heute direkt komisch anmutenden Gleichstellung der Geisteskranken mit bissigen Hunden, Bullen oder den Bestien des zoologischen Gartens — die aber blitzartig die ganze damalige Einstellung zu dem Problem der geistigen Erkrankung überhaupt beleuchtet —, ist es hier unseres Wissens das erstemal, daß in dieser Weise ein gesetzlicher Schutz für die Geisteskranken außerhalb der Anstalt angeordnet wird, wenn auch, wie gesagt, natürlich nicht aus den in neuerer Zeit hier wirksamen Motiven, sondern allein aus sozialem Egoismus zum Schutze der Allgemeinheit. An die mehrfach erwähnten Bestimmungen des Bayrischen Polizeistrafgesetzbuches sei in diesem Zusammenhange erinnert. Auch soll es in Paris schon zu jener Zeit mit Verständnis abgefaßte Polizeivorschriften bezüglich der Geisteskranken gegeben haben, Vorschriften, die jedoch keine Beachtung gefunden hätten[2]).

Das französische Irrengesetz vom 30. Juni 1838[3]) zeigt eine für jene Zeit außerordentlich großzügige Lösung und recht tiefes Verständnis für die Sache. *Pinels* Geist schwebt noch über ihm.

Es spricht aus ihm auch wohl die Tradition jener Juristengeneration, durch welche die Napoleonische Gesetzgebung geschaffen wurde. Vieles ist allerdings überängstlich und überausführlich geregelt.

Die ersten Paragraphen handeln von der Errichtung und Konzession von Irrenanstalten. Zahlreiche Personen sind mit der Überwachung der Anstalten beauftragt: der Regierungspräfekt und die von ihm oder dem Minister des Innern ernannten Beamten, der Vorsitzende des Strafgerichts (le président du tribunal) und des Amtsgerichtes (le juge du paix),

---

[1]) „Die Behandlung der Geisteskranken im 18. Jahrhundert“, ref. Zentralbl. 42, S. 237.

[2]) Vgl. *Reuß*, „Der Rechtsschutz der Geisteskranken“. Leipzig 1888, S. 35.

[3]) Wortlaut s. *Reuß*, S. 228 und Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 20, 1863. Supplementheft S. 1.

der Staatsanwalt und der Oberbürgermeister. Alle sind berechtigt, Beschwerden entgegenzunehmen. Die öffentlichen Anstalten sollen wenigstens zweimal im Jahre, die Privatanstalten wenigstens dreimal jährlich unvorhergesehen von dem Staatsanwalt kontrolliert werden (§ 4).

Das Gesetz unterscheidet einmal die eigentliche Internierung (des placements ordonnés par l'autorité publique) §18, — sobald das Benehmen eines Kranken für die öffentliche Sicherheit Gefahr bringt. Diese Internierung wird von der Polizeibehörde angeordnet, im Notfall auch ohne ärztliches Attest.

Im Gegensatz dazu steht aber, und zwar als die Regel und der polizeilichen Einweisung vorausgestellt in §8—17 die sogenannte freiwillige Aufnahme. Dieses Wort bedeutet hier nicht das Gleiche, was wir heutzutage darunter verstehen, sondern die Freiwilligkeit liegt bei den Angehörigen.

Auf ein einfaches ärztliches Zeugnis [1]) hin, das allerdings höchstens 2 Wochen vor der Aufnahme ausgestellt sein darf und natürlich näheres über den Geisteszustand enthalten muß, kann der Kranke in jede Anstalt aufgenommen werden.

Dieses Zeugnis gilt aber nur für die Aufnahme, nicht für den längeren Aufenthalt des Kranken in der Anstalt, denn innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme hat der behandelnde Anstaltsarzt ein zweites Zeugnis auszustellen, das dann dem Vorstand der betreffenden Ortsgemeinde, der der Kranke angehört, dem Departements-Präfekten und dem Staatsanwalt mitzuteilen ist. Erheben sich Zweifel an der Zulässigkeit der Aufnahme, so ernennt der Departements-Präfekt — deutschen Verhältnissen entsprechend etwa der Landeshauptmann — einen oder mehrere Sachverständige, die innerhalb von 3 Tagen über die Zweckmäßigkeit der Aufnahme zu entscheiden haben. Nach Verlauf von weiteren 2 Wochen folgt ein weiterer Bericht des Anstaltsarztes an alle die obengenannten Behörden, gleiche Berichte dann weiterhin halbjährlich [2]).

Wir haben hier also alles das schon aufs klarste ausgesprochen, was man sowohl zum Wohle der Kranken als auch zur Beruhigung der Öffentlichkeit nur wünschen kann: die möglichst einfache, durch keinerlei Bürokratismus beschwerte Aufnahme und die Nachprüfung der Berechtigung derselben nachträglich, wenn der Kranke kein Unheil mehr anrichten kann.

Die Entlassung ist möglichst erleichtert; hegt jedoch der Arzt Bedenken, so kann der Bürgermeister auf dessen Antrag hin mit aufschiebender Wirkung Widerspruch erheben, bis der Präfekt entschieden hat.

Halbjährlich sind Berichte an diesen einzureichen.

Beschwerden der Patienten oder deren Angehörigen, bei Minderjährigen oder Entmündigten des Vormunds, gehen an das Amtsgericht,

[1]) Der Arzt darf nicht mit dem Direktor der Anstalt und nicht mit den Angehörigen, die den Antrag stellen, verwandt sein.

[2]) Vgl. auch *Dutoit*, „Das Irrenwesen in Frankreich". Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 25, S. 182.

das in geheimer Sitzung beschließt und dem Beschluß keine Begründung hinzuzufügen braucht. So besteht also ein doppelter Beschwerdeweg (vgl. oben § 4).

Beschwerden von Kranken dürfen nicht zurückgehalten werden, unter Strafandrohung (§ 29).

Wichtig ist noch § 31, der bestimmt, daß für nicht entmündigte Kranke, solange sie sich in der Anstalt befinden, die staatlichen Kontrollbeamten (vgl. § 4) eine Art von Pflegschaft mit ziemlich weitgehenden zivilrechtlichen Befugnissen ausüben. Auf Antrag der Angehörigen oder der Staatsanwaltschaft kann ein solcher Pfleger auch vom Gericht ernannt werden (§ 32).

Die Bestimmungen des Code civil über die Vormundschaft gelten sinngemäß auch hier (§ 34). Die zivilrechtliche Seite der Frage ist dann noch sehr eingehend geregelt. Die Befugnisse dieser ganzen Pflegschaft endigen jedoch mit dem Augenblicke der Entlassung (§ 37). An die Entlassung von nur gebesserten Kranken, die also erst recht einer Betreuung bedürften, hat man damals wohl noch nicht gedacht.

Eine Folge der Errichtung einer solchen Pflegschaft ist auch, daß alle Rechtshandlungen von Geisteskranken, die sich innerhalb einer Anstalt befinden, angefochten werden können gemäß § 1304 des Code civil (§ 39).

Eine derartige Pflegschaft ist übrigens nicht gleichbedeutend mit der Entmündigung (Interdiction), über die im Code civil (§§ 489 ff.) besondere Bestimmungen bestehen.

Durch die Ausführungsverordnung vom 18. Dezember 1839 wird nochmals die Beaufsichtigung der Anstalten eingehend geregelt.

Diese Verordnung legt auch zum ersten Male jenen unglücklichen Zwiespalt fest, der seither eines der wesentlichsten Hindernisse für die Entwicklung des französischen Irrenwesens gewesen ist, nämlich die grundsätzliche Trennung zwischen Direktor und dem leitenden Arzt, deren Funktionen in § 6 und ff. niedergelegt sind und scharf auseinandergehalten werden. Ausnahmsweise können auch einmal Direktor und Arzt mit Genehmigung des Ministeriums des Innern in Personalunion vereinigt sein, doch geschah und geschieht dies nur in den seltensten Fällen. —

So vorzüglich dieses Gesetz an sich ist, so wenig befriedigend sind seine praktischen Erfolge, wenigstens was die Versorgung der Kranken anlangt. An Verbesserungsvorschlägen hat es nicht gefehlt, allerdings befassen sich auch diese fast nur mit der juristischen bzw. theoretischen Seite der Frage, ohne auf die tatsächlichen Verhältnisse gebührend Rücksicht zu nehmen.

Historisches Interesse hat der Vorschlag von *Gambetta* —, [ein Vorschlag auf dem wohl später *Reißner* fußte (vgl. Teil II)], über die Berechtigung der Aufnahme eines jeden Kranken eine Art von Schöffen- oder Geschworenengericht entscheiden zu lassen, ein Vorschlag, der glücklicherweise mit seinem Urheber wieder von der Bildfläche verschwand. Seit dem Jahre 1880 wurden zahlreiche Versuche unternommen und

verschiedene Entwürfe beraten [1]). Noch im Jahre 1907 wurde ein erneuter ausführlicher Entwurf [2]) nach langen Beratungen sogar von der Kammer angenommen [3]), er ist aber bis heute noch nicht Gesetz geworden [4]). Es fragt sich auch sehr, ob ein neues Gesetz, im Gegensatz zu diesem letzten Entwurfe, wirklich den Mut finden würde, nicht nur den reaktionären Bestrebungen psychiaterfeindlicher Kreise mit Erfolg Widerstand zu leisten und eine Verschlechterung des altehrwürdigen Gesetzes zu verhindern, sondern vor allem, ob es den Mut finden würde, in das vorhandene Wespennest hineinzugreifen und die wirklichen Schäden zu beseitigen [5]).

Nach Zeitungsmeldungen soll neuerdings wiederum ein Entwurf zur Änderung des Gesetzes von 1838 der Senatskommission für öffentliche Gesundheitspflege vorgelegen haben; es scheint sich dabei um Vorschläge zu handeln, die nach Art der holländischen und ungarischen Regelung [s. d.] eine Unterscheidung zwischen „vorläufiger" und „endgültiger" Aufnahme einführen wollen. Ferner soll die „heimliche Überführung" eines Kranken ins Ausland unmöglich gemacht werden, vor der man besondere Angst zu haben scheint. Und schließlich soll die versuchsweise Entlassung, der Ausbau der Familienpflege und die freiwillige Aufnahme von Alkohol-, Morphium- usw. Süchtigen in das Gesetz hineingearbeitet werden.

Diese Vorschläge sind wenigstens sachlich und würden keine Verschlechterung bedeuten —.

Schon während der Weltausstellung in Paris im Jahre 1900 und auch später sprachen sich zahlreiche deutsche Fachärzte [6]) dahin aus, daß die Zustände der meisten der Pariser Irrenanstalten der viel

---

[1]) Vgl. *Reuß*, S. 42 und S. 240.

[2]) Wortlaut s. Archives de Neurologie 1907, S. 254, 334, 402.

[3]) Vgl. *Dubief*, Dritter internationaler Kongreß f. Irrenpflege. Wien 1908. Psych.-Neurol. Wochenschr. Bd. 11, S. 310.

[4]) Vgl. *Bourdin*, *Azemar*, *Bourneville* u. a., Archives de Neurologie 1907, I. 97, 326, 389, II 247 usw. und *Paraut*, *Gilbert-Ballet*, Annales médico-psychologiques 1914, S. 129, 149, 169 u. a. m.

[5]) Die Ausführungen von *Raviart* und *Vullien*, von *Rayneau* und von *Toulouse* [Zentralbl. Bd. 42, S. 274 ff.] scheinen doch im wesentlichen mehr schöne Pläne und Vorschläge zu enthalten, deren Verwirklichung noch in recht weiter Ferne liegen mag; ebenso dürfte der Bericht von *Raynier* [Zentralbl. Bd. 42, S. 576] etwas zu optimistisch gehalten sein, man wird wohl auch hier das Wichtigste zwischen den Zeilen zu lesen haben.

[6]) z. B. *Wittermann*, „Pariser Reiseeindrücke". Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 14, S. 431; *Kunz*, ebenda Bd. 5, S. 433.

gepriesenen Kulturhöhe der Lichtstadt sehr wenig entsprächen, und alle Kollegen, die während des Krieges Gelegenheit hatten, französische Irrenanstalten zu sehen, waren mutatis mutandis ähnlicher Ansicht. Nach einer privaten Mitteilung eines deutschen Arztes z. B. hatte dieser einmal die Aufgabe, eine französische Pflegeanstalt bei Souchez, die in die Feuerlinie zu geraten drohte, räumen zu lassen und die Kranken in Sicherheit zu bringen. Nach seiner Schilderung hat er noch nie in seinem Leben etwas Entsetzlicheres an Schmutz und Verwahrlosung, Fesselungen und Mißhandlungen gesehen, als bei diesen meist völlig verblödeten und hinfälligen Kranken. Es mag dies ein besonders trauriger Fall gewesen sein, es mag modern eingerichtete Anstalten, insbesondere teuere Privatsanatorien [1]) in Frankreich geben, — meist aber ist es auch nach anderen privaten Mitteilungen stets dasselbe Bild: mangelndes Verständnis für die Bedeutung der irrenärztlichen Tätigkeit, eine viel zu geringe Zahl von Ärzten, dann Assistenzärzte, die ihre Tätigkeit nur im Nebenberuf betreiben, außerhalb der Anstalt wohnen und allgemeine Praxis ausüben, und vor allem schließlich beständige Differenzen mit den in der Regel koordinierten, meist sogar übergeordneten nichtärztlichen Verwaltungsdirektoren [2]), deren Stellen trotz aller immer erneut auftauchenden Skandale politische Versorgungsanstalten für bewährte Parteimitglieder geworden sind, ganz ohne Rücksicht auf die Vorbildung.

Dazu kommen hygienisch ungeeignete Räumlichkeiten, recht geringe Reinlichkeit, Zwangsmittel und vor allem eine so maßlose Überfüllung, daß häufig zwei erregte Kranke in derselben Zelle isoliert werden (!), und daß sich solch entsetzliche Vorfälle ereignen können, wie sie z. B. noch im Jahre 1909 aus der bekannten Pariser Anstalt St. Anne berichtet wurden. Man hatte dort einen blinden Geisteskranken zusammen mit einem in der Zwangsjacke befindlichen Kranken isoliert und der Blinde hatte plötzlich dem anderen beide Augen im wahrsten Sinne des Wortes ausgekratzt [3]).

Noch in den letzten Tagen ging wieder eine Notiz durch die Presse, daß in der Anstalt in Dury bei Amiens ein Geisteskranker einen anderen ermordet habe, weil es vollkommen an Aufsicht fehlte. —

---

[1]) Vgl. *Wittermann* l. c.

[2]) *Heß*, „Ein Besuch in Pariser Irrenanstalten‘. Psych. Wochenschr. 1900, Bd. 2, S. 27, und *Bourneville* l. c.; vgl. auch *Dietz* Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 9, S. 150.

[3]) Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 11, S. 308.



Darüber wird überhaupt beständig geklagt, wie z. B. auch bei der Verurteilung eines Pflegers wegen Mordes an drei Kranken (!)[1]).

Ein Stimmungsbild aus den französischen Anstalten, das in einigen Zügen vielleicht manchmal nicht vollkommen übertrieben zu sein scheint, enthält das Buch: „In Irrenhäusern" (Chez les fous) von *Albert Londres*[2]) — das allerdings sonst ein ganz übles Pamphlet ist. Es werden u. a. da Mißhandlungen von Kranken geschildert, und dann heißt es weiter: „... Verrückt aber ist es, ihn mit Stößen und Tritten zum Aufstehen zu zwingen. Und einem anderen, weil er immerzu heult, nichts zu essen zu geben, ist eine unangebrachte Sparsamkeit. Es ist auch nicht nötig, einen Herrn, der entsprungen ist, auszuziehen und nackt in ein kaltes Verließ zu sperren, bloß, um eine nette kleine Lungenentzündung an den Mann zu bringen, die man in Reserve hat. Wenn es an Personal mangelt, müssen wohl schon die Kranken für das Gesetz des Achtstundentags büßen und zeitweise festgebunden werden. Aber, wenn sie das müssen, warum schickt man dann, sobald sich ein Inspektor zeigt, der sich einen Augenblick im Sessel des Direktors verpusten will, gleich eine Krankenschwester durch alle Säle und läßt sie rufen: „Die Kranken losbinden! Losbinden die Kranken!" —

Die im Gesetz vorgeschriebenen Kontrollen dürften nach alledem entweder gar nicht oder nur in ganz unwirksamer Weise gehandhabt werden. —

Das, was in anderen Kulturländern selbstverständlich erscheint, wird in dem erwähnten Buche als ganz unerhörte Neuerung eines Arztes in der Irrenanstalt Braqueville bei Toulouse geschildert: eine individuelle, liebevolle Behandlung der Kranken, Arbeitstherapie, Vermeidung von Mißhandlungen und Bestrafung des Personals bei derartigen Übergriffen sowie schließlich mikroskopische Untersuchungen des Gehirns[3]).

Auch in der Kolonie für Familienpflege in Dun sur Auron, über die man auffallenderweise in den letzten Jahren nichts Näheres mehr gehört hat, scheint selbst nach dem sehr wohlwollenden Bericht von

---

[1]) Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 12, S. 158.

[2]) Deutsch von Franz Hessel. Verlag 14 Federn. Berlin W 9, ref. Prager Tageblatt 12./VII. 1926.

[3]) Vielleicht hätte der Herr Verfasser bei einiger Aufmerksamkeit doch noch mehr als nur diesen einen „modernen" Irrenarzt in Frankreich gefunden.

Paetz [1]) nicht alles sehr gut organisiert zu sein, denn er rügt, daß die Ansprüche an die Unterkunft der Kranken zu niedrig gestellt seien, daß viele Kranke dort untergebracht seien, die sich keineswegs für die Familienpflege eigneten, — Depressionszustände, Selbstmordverdächtige, unsaubere und hinfällige Senile, — und daß dies zu einer „unerwünschten Häufung der Todesfälle“ geführt habe(!). —

Eine geradezu vernichtende Kritik über die Qualität der französischen Anstaltsärzte gaben schließlich, wenn auch vielleicht unbeabsichtigterweise, *Bajenoff* und *Dubief* [2]). Auf Grund dieser Schilderung versteht man allerdings dann manches, was man sonst nicht für glaubwürdig halten könnte.

Im übrigen soll die psychiatrische Fürsorge und Behandlung der Kranken außerhalb der Anstalten hauptsächlich in den Händen von Geistlichen und Hebammen liegen. —

Es ist also gerade kein sehr erfreuliches Resultat, das wir hier als Folge dieses alten und an sich verhältnismäßig doch ganz guten französischen Irrengesetzes vor uns sehen, als Folge allerdings, die zum Teil nicht unverschuldet ist, (vgl. die Ausführungsbestimmungen), zum Teil aber auch wohl in dem französischen Volkscharakter ihren tiefsten Grund haben mag.

Vielleicht noch krasser ist der Widerspruch zwischen Theorie und Praxis, zwischen Gesetz und Irrenwesen in Belgien. *Reuß* [3]) nennt das belgische Gesetz „das wohl am feinsten ausgearbeitete“ und sagt von den Ausführungsbestimmungen, daß sie „mit minutiöser Genauigkeit und einer wohltuenden Art der Fürsorge für die Geisteskranken ausgearbeitet seien“, ferner, daß der Geist des Gesetzes erst durch dieses Reglement voll erfaßt werde, und er schließt seine Betrachtungen mit den Worten: „So gewährt die Durchsicht der gesetzlichen Bestimmungen Belgiens ein höchst befriedigendes Bild der angestrebten Irrenfürsorge“, — wir möchten noch hinzufügen: leider nur für den Juristen! Es zeigt gerade das belgische Gesetz, wie notwendig es ist, jeder rein juristischen Betrachtung der Materie einen Vergleich mit den wirklich erzielten Erfolgen und der Durchführung der Gesetze in der Praxis folgen zu lassen.

---

[1]) *Paetz*, „Die Familienpflege in Dun sur Auron“. Psych. Wochenschrift Bd. 2, S. 1 u. 19.

[2]) *Berze*, „Dubief und die französ. Anstaltsärzte“. Ebenda Bd. 11, S. 245.

[3]) *Reuß* (l. c.) S. 15.



Auf Grund einer Irrenzählung im Jahre 1825 erließ man schon 1836 gesetzliche Bestimmungen, nach denen Geisteskranke „ebenso wie andere Kranke verpflegt und behandelt werden sollten".

1841 wurde eine Kommission eingesetzt zur Ausarbeitung eines Planes bezüglich des Irrenwesens. Diese beschloß, staatliche Anstalten zu errichten, dabei aber auch Privatanstalten zuzulassen, im wesentlichen blieb aber alles bei dem status quo ante. Im Jahre 1850 trat das erste Irrengesetz in Kraft. Im Jahre 1861 gab es trotzdem nur eine einzige staatliche Anstalt, und eine neue Kommission fand, daß die Kranken im übrigen in „scheußlichen Kerkern" gehalten würden [1].

Das heute noch geltende Gesetz stammt vom 28. XII. 1873 mit Ausführungsbestimmungen vom 1. VI. 1874.

Wie schon erwähnt, ist der Inhalt des Gesetzes an sich wenig zu beanstanden und die juristische Fassung nach dem erwähnten Urteil eines Fachmannes sehr gewandt. Es schließt sich übrigens enge an das französische Gesetz an, entsprechend dem großen kulturellen Einflusse, den sich Frankreich schon frühzeitig und mit großer Geschicklichkeit in Belgien zu verschaffen gewußt hat.

Die ersten Paragraphen handeln wiederum von der Konzession zur Errichtung von Irrenanstalten u. ä.

Die Aufnahme (§ 7) kann in dringlichen Fällen von dem Oberbürgermeister auch ohne ärztliches Zeugnis angeordnet werden. Bei Entmündigten kann der Vormund das Nötige veranlassen. In allen anderen Fällen bedarf es zur Aufnahme nur eines ärztlichen Zeugnisses [2], das nicht über 14 Tage alt sein darf. Ganz wie in Frankreich ist innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme Meldung zu erstatten an 6 verschiedene Stellen (§ 10). 1. An den Gouverneur der Provinz (sinngemäß etwa an den Landeshauptmann), 2. an die Staatsanwaltschaft, 3. an den Vorsitzenden des Amtsgerichts, 4. an den Ortsbürgermeister, in dessen Bezirk die Anstalt liegt, 5. an den staatlichen Überwachungsausschuß, 6. an den Staatsanwalt des Wohnortes des Kranken, und diese Staatsanwaltschaft hat dann ihrerseits wieder dem Bürgermeister des Wohnortes Kenntnis zu geben sowie den Personen, bei denen der Kranke seither gewohnt hat.

Nach 6 Tagen, innerhalb deren der Arzt der Anstalt tägliche Berichte auf Grund persönlicher Untersuchungen niederzuschreiben hat, erfolgt Meldung und Übersendung einer Abschrift dieser Berichte an die Staatsanwaltschaft (§ 11), außerdem monatliche kurze Berichte.

Im Falle der Heilung oder falls festgestellt wird, daß keine Geisteskrankheit vorliegt, ist der Internierte innerhalb 5 Tagen in Freiheit zu setzen (§ 13). Aber auch ohne Heilung können die Angehörigen — bei

---

[1]) d'affreux cachots (*Reuss*).

[2]) Allerdings darf der Arzt nicht mit dem Arzt der Anstalt und nicht mit dem Kranken verwandt usw., außerdem auch nicht der „voraussichtliche Erbe" des Patienten sein!

Minderjährigen oder Entmündigten nur der Vormund — den Kranken herausnehmen, doch kann der Staatsanwalt Widerspruch erheben. Es entscheidet dann die Provinzialbehörde (§ 16). Bei der Entlassung wiederum Meldung an die 6 verschiedenen Stellen. Wie in Frankreich steht ein Beschwerdeweg offen an das Amtsgericht, das auch die sofortige Entlassung verfügen kann. Berufung hiergegen auf dem Instanzenweg (§ 17).

Sehr ausführlich ist die Aufsicht über die Anstalten geregelt. Einmal durch besondere, von der Regierung jeweils beauftragte Beamte und dann durch einen ständigen Ausschuß. Ferner besteht noch eine dreifache Kontrolle: vierteljährlich hat der Staatsanwalt, halbjährlich der Ortsbürgermeister und jährlich einmal der Landeshauptmann oder sein Stellvertreter die zuständigen Irrenanstalten zu kontrollieren (§ 21).

Jeder Anstaltsleiter sowie jede Kommission hat jährlich einen Bericht an die höhere Verwaltungsbehörde zu erstatten (§ 23). Alle 3 Jahre sollen Sammelberichte an die Abgeordnetenkammer gehen (§ 24).

Kranke, die in ihrer eigenen Familie verpflegt werden, dürfen nur in ihrer persönlichen Freiheit beschränkt werden, wenn zwei vom Gericht beauftragte Ärzte die Notwendigkeit bestätigt haben. Alle 3 Monate wenigstens muß der Kranke von ihnen nachuntersucht werden (§ 25).

Wichtig und an sich sehr zweckmäßig ist noch die auch in Frankreich in ähnlicher Weise bestehende Bestimmung des § 29: Wer nicht entmündigt ist, erhält auf Antrag einen vorläufigen Pfleger.

Wenn dies nicht geschieht, hat der Überwachungsausschuß die Aufgaben des Pflegers zu übernehmen (§ 30).

Ähnlich wie in Frankreich endigt aber auch hier diese Pflegschaft mit dem Augenblicke der Entlassung aus der Anstalt (§ 33).

Ebenso sind auch hier alle Rechtsgeschäfte eines Kranken während seines Aufenthaltes anfechtbar gemäß § 1304 des Zivil-Gesetzbuches (§ 34).

Alle Beschwerden müssen weitergegeben werden (§ 35). Strafbestimmungen enthält § 38.

Die Ausführungsbestimmungen gehen noch mehr ins einzelne, es wird verfügt, daß wenigstens ein Arzt auf 500 Kranke kommen soll, (ein etwas sehr dürftiges Verhältnis), ferner auf je 10 Kranke 1 Pfleger (§ 12).

Auffallend ist die Bestimmung des § 21, daß weder der Besitzer einer Privatanstalt noch seine näheren oder entfernteren Verwandten bis zum III. Grade Arzt an der Anstalt sein dürfen.

Überausführlich ist wieder das Aufnahmeverfahren geregelt. Die Regierungspräsidenten sollen nach gemeingefährlichen Geisteskranken in ihrem Bezirk fahnden (§ 32). Das Aufnahmeattest darf nicht von dem Ehemann, von irgendeinem Angehörigen direkter Linie oder den zukünftigen Erben des Kranken ausgestellt werden (§ 36). Neben dem eigentlichen Aufnahmeattest hat der einweisende Arzt dem Arzt der Anstalt einen besonderen Krankheitsbericht in verschlossenem Briefumschlag mitzusenden (§ 37).

Freiwillige Aufnahme ist möglich, aber dann ist Anzeige an die

Ortspolizeibehörde erforderlich, die Nachuntersuchung durch einen Amtsarzt veranlaßt (§ 38).

Geisteskranke Verbrecher sollen von den übrigen Kranken getrennt gehalten werden (§ 44), andernfalls bedarf es einer besondern Genehmigung des Justizministeriums.

Und so geht es mit übertriebener Sorgfalt und mit entsprechender Ausführlichkeit weiter.

Für die Kolonie Gheel wurde ebenfalls eine Fülle von Verordnungen erlassen, von denen das Wichtigste ist, daß dort nicht aufgenommen werden sollen solche Kranke, die für sich selbst oder andere Personen gefährlich sind oder die öffentliche Ordnung oder Sicherheit stören, fluchtverdächtige oder solche, die so erregt sind, daß beständig Zwangsmittel angewandt werden müssen; alles an sich Selbstverständlichkeiten, bei denen aber die Praxis wahrscheinlich zahlreiche Ausnahmen erzwingen dürfte. Das Vorhandensein einer kleinen Anstalt von 100 Betten für plötzliche Erregungszustände besagt dies schon; auch für diese kleine Anstalt bestehen zahlreiche Verfügungen. Anzuerkennen ist, daß die Kranken dort „unter dem gleichen Schutze der Polizei" stehen wie die übrigen Einwohner, daß Mißhandlungen und Neckereien bestraft werden, während andererseits Belohnungen und Auszeichnungen für gute Pflege ausgesetzt sind.

Wie stets bei jeder Vielregiererei ist auch hier die notwendige Folge die, daß die gesetzlichen Bestimmungen einfach nicht beachtet werden. In Belgien kommt noch hinzu, daß dort eine außerordentlich große politische Korruption herrscht, nicht in finanziellem Sinne, wohl aber kann man durch entsprechende politische Beziehungen alles erreichen.

Und so zeigt das belgische Irrenwesen geradezu ein Zerrbild dessen, was in dem Gesetz erstrebt wird.

Die meisten Irrenanstalten, abgesehen von Mons und Tournay und den beiden Kolonien Gheel und Lierneux, sind Privatanstalten, 48 an der Zahl [1]), von teils größerem, teils geringerem Umfange, ein Teil dieser Privatanstalten befindet sich im Besitze von geistlichen Orden.

Die übereinstimmenden Kritiken, die ganz unabhängig voneinander und von den verschiedensten Seiten über das belgische Irrenwesen sich aussprechen, sind geradezu vernichtend.

Pandy [1]) schildert die Mißhandlungen der erregten Kranken, die zahlreichen mittelalterlichen Zwangsmaßregeln, und bringt dabei ganz erschreckende Zahlen. So erwähnt er z. B. (S. 263), daß in einer einzigen Anstalt, in einem einzigen Jahre laut der schriftlich geführten Register am Tage in 4865 Fällen, in der Nacht in 5907 Fällen Zwangsmittel, wie Zwangsjacken, Zwangsgürtel, Fesselung, Zwangsstühle usw.

---

[1]) Vgl. *Pandy*.

angewandt wurden, und daß weiterhin aus der Zahl der Kranken, bei denen diese Zwangsnahmen angewandt wurden, geschlossen werden müsse, daß jeder einzelne Kranke wahrscheinlich monatelang, vielleicht jahrelang durch ein und dieselbe Tortur gequält wurde; wer einmal in dem Zwangsstuhl oder in der Zwangsjacke saß, blieb meistens auch darin.

Wenn man weiterhin noch bedenkt, daß nach Angaben anderer Autoren die meisten Zwangsmaßregeln, entgegen den Bestimmungen, überhaupt nicht eingetragen, sondern ohne Wissen und Willen der Ärzte von dem Pflegepersonal auf eigene Faust angewandt wurden, so ist das Resultat geradezu erschütternd.

Weiterhin sah *Pandy* in den Baderäumen Ringe in die Wände eingelassen zum Anbinden des Kopfes, ferner Festbinden des Kopfes eines Kranken unter einer kalten Dusche u. a. m.

Als charakteristischen Einzelzug erwähnt *Pandy* noch die Tatsache, daß *Tucker*, ein englischer Autor, trotz Erlaubnisscheins des Ministeriums in zwei Anstalten überhaupt nicht hineingelassen wurde.

Eine herbe Kritik erfuhr das belgische Irrenwesen auf dem ersten internationalen Kongreß für Irrenfürsorge in Antwerpen 1903 [1]) und auf dem dritten Kongreß in Wien am 7. X. 08, hier in dem Referat von *Bresler* [2]).

Weitere schwere Anklagen brachte dann *Lomer* [3]), der die Ursachen dieser Mißstände in dem überwiegenden klerikalen Einfluß in Belgien zu finden glaubt.

Immer wieder sind es dieselben Klagen: die Privatanstalten setzen sich, dank ihres politischen Einflusses, rücksichtslos über alle Bestimmungen des Gesetzes hinweg, niemand wagt einzuschreiten. Die gesetzlich vorgeschriebenen Kontrollen finden überhaupt nicht oder nur in entsprechend wohlwollender Weise statt, die vorgeschriebenen Berichte werden nicht erstattet. Der ganze Betrieb ist rein auf den Gelderwerb eingestellt. Die Zahl der Ärzte ist völlig ungenügend, oft fehlt ihnen jede fachärztliche Vorbildung, vielfach wohnen sie außerhalb der Anstalt, oft kilometerweit entfernt, treiben Privatpraxis, kommen nur selten in die Anstalt und behandeln meist nur körperliche Erkrankungen und Unfälle; die eigentliche „psychiatrische Behand-

---

[1]) Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 4, S. 277 ff. S. 253.

[2]) Ebenda Wochenschr. Bd. 10, S. 253.

[3]) „Klerikale Einflüsse im belgischen Irrenwesen". Ebenda Bd. 11. S. 281. — „Neues vom Klerikalismus im belgischen Irrenwesen". Ebenda Bd. 12 S. 161.

lung" liegt in den Händen des Pflegepersonals. Dieses ist ebenfalls zahlenmäßig viel zu gering, ohne jede Vorbildung, und so kommt es zu den Zwangsmaßregeln und Mißhandlungen, die schon *Pandy* geschildert. Die Ärzte sind dagegen machtlos, das Pflegepersonal, meist Ordensangehörige, untersteht nicht ihrer Disziplinargewalt. Die baulichen Einrichtungen sind vielfach vollkommen veraltet und rückständig, Wachsäle und Dauerbäder sind in den meisten Anstalten gar nicht oder nur symbolisch vorhanden, die erregten Kranken verkommen, gefesselt, in dunklen, oft sogar in Kellern gelegenen Zellen, in Schmutz und Ungeziefer. Die Verpflegung ist dementsprechend. *Pandy* erwähnt eine Anstalt von nur 100 Betten, die alle Klagen über die schlechte Verpflegung der Kranken stets mit dem Hinweis abgewiesen hatte, daß keine Mittel vorhanden seien; die Anstalt brannte ab, und in der Kasse wurden Wertpapiere von 1½ Millionen Franks vorgefunden. — Das Tollste auf diesem Gebiete kam in dem belgischen Senate zur Sprache (Senator *de Bast*)[1]: Einem Arzte, der nach Ansicht des nicht ärztlichen Anstaltsleiters zu viel Kranke in die Familienpflege nach Gheel verlegte, wurde verboten, die Kranken zu beliebiger Zeit und ohne Begleitung des „Direktors" zu besuchen, und zur Durchführung dieser Anordnung wurden dem Arzte die Anstaltsschlüssel entzogen (!).

Die Mißstände kamen natürlich auch in belgischen fachärztlichen Kreisen seit Jahren immer wieder zur Sprache, ebenso in der Kammer und im Senate, alles war umsonst. Sehr charakteristisch ist die umfangreiche, sophistisch-schwülstige Verteidigungsschrift der interessierten Privatanstaltsärzte[2]).

Von französischer Seite, auf die man sich zur Entschuldigung gern berief, wurden diese Versuche sehr energisch abgeschüttelt in einem offenen Briefe von Prof. Dr. *Marie*[3]).

Eine Privatanstalt (Fort Jaco bei Brüssel), deren Leiter eine moderne Behandlungsweise eingeführt hatte, machte eine rühmliche Ausnahme; da er auch gegen die Mißstände ankämpfte, wurde er in der heftigsten Weise persönlich angegriffen[2]).

Auch in den staatlichen Anstalten lagen die Verhältnisse nicht viel besser (vgl. *Pandy* und *Lomer*), insbesondere in Tournay war der ärztliche Direktor gegen die Mißhandlungen der Kranken machtlos,

---

[1]) Zitiert nach *Lomer* l. c. S. 283.

[2]) Bulletin de la société de médécine mentale de Belgique Nr. 149 u. 151, 1910, und *Lomer* l. c. S. 162.

[3]) Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 12, S. 166.

seine Anordnungen wurden einfach nicht ausgeführt, so daß er schließlich nach 48jähriger Tätigkeit verbittert zurücktrat.

Als der Skandal zu groß wurde, griff die belgische Regierung selbst ein, aber nicht mit Taten, sondern mit einer Verteidigungsdenkschrift, deren Geschicklichkeit an offizieller Schönfärberei und Verdrehung der Tatsachen kaum überboten werden kann. Sie war so geschickt abgefaßt, daß sie sogar von *Werner*, der offenbar die tatsächlichen Verhältnisse nicht kannte, wohlwollend besprochen wurde [1]). Es war ein Bericht, wie er eigentlich nach dem Gesetz alle drei Jahre hätte erstattet werden sollen, er umfaßte aber summarisch die Jahre 1892 bis 1911 und erschien 1913.

Verfasser dieser Zeilen kann aus eigener Anschauung während seiner Tätigkeit in Belgien 1914—1918 alle die oben erwähnten betrüblichen Schilderungen im wesentlichen nur bestätigen.

Die Irrenanstalt Evere bei Brüssel bot damals so ungefähr die Illustration alles dessen, was jemals Nachteiliges über das belgische Irrenwesen gesagt worden war, und bot es in konzentriertester Form. Es dürfte wohl schwerlich in irgendeinem Kulturstaate etwas Minderwertigeres zu finden sein. Daß hier weltliches Pflegepersonal vorhanden war, machte die Sache vielleicht noch schlimmer.

Die Anstalt Erbs-Querps, die nur weibliche Kranke aufnahm, war nicht ganz so schlimm, wenigstens baulich in leidlichem Zustande, auch schien die Verpflegung hier genügend, und es herrschte Sauberkeit, sonst aber war all das Gesagte über ärztliche Behandlung u. ä. auch hier anzutreffen.

Die staatliche Anstalt in Tournay hat eine außerordentlich glänzende Fassade, schöne helle Räume, Blumen, einen Wintergarten, ein Schwimmbad und einen großen Saal voll der teuersten psychologischen und psychophysiologischen Instrumente. Aber ebenso wie schon zu *Pandys* Zeiten standen diese verstaubt umher und waren zugestandenermaßen seit Jahrzehnten nicht mehr oder wahrscheinlich überhaupt nie benutzt worden. Im hinteren Teile der Anstalt aber, in dunklen Kellerräumlichkeiten waren die Zellen für die erregten Kranken mit Zwangsjacken, Zwangsbetten, Fesselungen, großen Eisenkugeln, die fluchtverdächtige Kranke nachschleppen mußten u. a. m.

Nach Schilderungen anderer Kollegen sollen die Verhältnisse in den meisten anderen Anstalten nicht viel besser liegen.

---

[1]) Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 16, S. 211.



Eine Ausnahme davon macht wohl Gheel mit seiner berühmten Familienpflege, über die ja schon so viel geschrieben wurde [1]).

Die vorwiegend aus partikularistischen Gründen geschaffene wallonische Kolonie in Lierneux soll ähnlich eingerichtet sein, nur fehlt dort natürlich die jahrhundertelange Tradition. Aus eigener Erfahrung ist dem Verfasser dieser Zeilen über Lierneux nichts bekannt. Gheel hingegen ist eine Organisation, die in gleicher Weise außerhalb Belgiens wohl noch nicht nachgeahmt werden konnte [2]).

Unter 15 000 Einwohnern in Gheel selbst und den umliegenden Dörfern sind etwa 2600 Kranke untergebracht. Die Kranken gehören dort tatsächlich zur Familie, sie spielen mit den Kindern, bewachen die Kinder und werden umgekehrt wieder von diesen bewacht. Wenn die Kinder erwachsen sind und Familie gründen, so ist es selbstverständlich, daß sie ihrerseits wiederum Kranke ins Haus nehmen. Es ist gewissermaßen eine Angewohnheit, eine Selbstverständlichkeit, zum Teil vielleicht auch ein Zeitvertreib und ein gewisser Sport. Äußerst charakteristisch ist, daß keiner von den zahlreichen Kostgebern, die ich danach fragte, sich jemals darüber klar geworden war, ob und wieviel er überhaupt an der Pflege der Kranken verdiente, oder ob er nicht am Ende dabei selbst etwas zusetzte.

Die kleine Zentralanstalt, die etwa 100 Betten besitzt, ist allerdings auch baulich recht veraltet, und bei Erregungszuständen werden Zellen und Zwangsmaßnahmen angewandt, doch ist dies offenbar im Vergleich zur Zahl aller Kranken eine seltene Ausnahme, und tatsächlich scheint die freie und vor allem die instinktiv zweckmäßige Behandlung durch die pflegenden Familien Erregungszuständen im allgemeinen mit Erfolg vorzubeugen.

Allerdings darf man nicht vergessen, daß die Kosten für die Verpflegung in Belgien nur zum kleinsten Teile der Heimatsgemeinde zur Last fallen, zum größten Teil aber von Staat und Provinz getragen werden. Infolgedessen hat, im Gegensatz zu Deutschland, jede Gemeinde ein Interesse daran, alle irgendwie geistig erkrankten Mitglieder, und wenn sie noch so harmlos sind, nach Gheel abzuschieben, weil sie dort ihr viel weniger Kosten verursachen, als wenn sie sie

---

[1]) *Alt*, „Das heutige Gheel". Psych. Wochenschr. Bd. I, S. 10, und *Weygandt*, „Eindrücke von den Kongressen in London und Gent und von Anstaltsbesichtigungen in Großbritannien und Belgien". Ebenda Bd. 15, S. 489.

[2]) Vgl. *Méeus*, „Gheel, Staatskolonie voor de vrije Gezinsverpleging van Gemoeds en Geestes Kranken."

selbst überwachen und verpflegen müßte. Infolgedessen wäre natürlich ein großer Teil der Gheeler Renommierfälle in anderen Staaten überhaupt nicht in einer Irrenanstalt. —

Das holländische Irrengesetz vom 27. IV. 1884 [1]) ist nur eine Weiterbildung des alten Gesetzes vom 29. Mai 1841 [2]). Der Geist ist der gleiche wie bei dem alten Gesetz, und die wichtigsten Bestimmungen finden sich ziemlich unverändert hier wie dort. Es ist interessant, daß in so großer räumlicher und zeitlicher Nähe mit dem französischen Gesetze von 1838 damals in Holland eine Tendenz sich durchsetzen konnte, die wohl mit das Äußerste darstellt, was auf diesem Gebiet überhaupt möglich war. Es scheint fast, als ob irgendeine hervorragende und einflußreiche Persönlichkeit der damaligen Zeit, sei es ein Minister, sei es ein Angehöriger des Königshauses, diesem Gesetze den Stempel seiner ganz subjektiven Meinung aufgedrückt hätte. Doch auch englische Einflüsse mögen mitgespielt haben.

Zunächst schafft das Gesetz als zweckmäßige Maßnahme ärztliche Inspektoren, die weitgehende Kontrollbefugnisse haben, ähnlich wie in den noch zu besprechenden englischen Gesetzen. Das Wichtigste aber sind die Aufnahmebestimmungen. Abgesehen von dringenden Fällen und von offensichtlicher Gemeingefährlichkeit, bei denen der Ortsbürgermeister bzw. also wohl die Polizeibehörde eine vorläufige Aufnahme anordnen kann, — ist das Aufnahmeverfahren so sehr erschwert, wie nur irgend denkbar. Der Antrag von einem der nächsten Verwandten [3]) oder, falls niemand dieser Art vorhanden, von der Staatsanwaltschaft ist an den zuständigen Amtsrichter (Kantonrechter) zu richten unter Beifügung eines ärztlichen Zeugnisses [4]), das die Geisteskrankheit bescheinigen, die Symptome nennen muß, und das höchstens eine Woche alt sein darf. Das Amtsgericht kann dann den Befehl zur sofortigen Anstaltsaufnahme erteilen, es kann aber auch zunächst eine nähere Untersuchung anordnen und den Kranken persönlich vernehmen, ohne daß dabei ein Arzt hinzugezogen werden brauchte. Stellt der Staatsanwalt den Antrag, so entscheidet der Vorsitzende des Arrondissementsgerichtes (Landgerichtes). Im Falle der Ablehnung entscheidet in beiden Fällen das Arrondissementsgericht in zweiter Instanz.

Diese Aufnahme ist aber nur vorläufig. Innerhalb von 3 Tagen ist der Staatsanwaltschaft Mitteilung zu machen, die ihrerseits wieder von

---

[1]) Vgl. *Reuß* (l. c.) S. 63 u. 255.

[2]) Vgl. *van Erp Taalman Kip*, „Das holländische Irrenwesen." Psych. Wochenschr. Bd. 1, S. 69 u. S. 226.

[3]) Genau definiert: „jeder volljährige Blutsverwandte oder angeheiratete in gerader Linie oder in der Seitenlinie bis zum III. Grade, ferner der Ehegatte oder der Vormund."

[4]) Der Arzt darf auch hier nicht mit dem Besitzer oder Leiter der Anstalt verwandt sein!

jeder Aufnahme das Amtsgericht und den Staatsanwalt des letzten Wohnortes des Kranken benachrichtigt.

Eine regelmäßige Krankengeschichte ist vorgeschrieben, von der eine Abschrift dem Staatsanwalt einzureichen ist. Nach 4 Wochen muß ein eigentliches Verwahrungsgesuch durch einen Anwalt oder durch den Staatsanwalt bei dem Landgericht eingereicht werden mit ausführlichem ärztlichen Zeugnis. Das Landgericht entscheidet dann über die Aufnahme, jedoch muß diese Entscheidung spätestens nach einem Jahre in der gleichen Weise erneut beantragt und herbeigeführt werden und so fort. Es ist also eine Unmasse von Schreiberei erforderlich. Dazu kommt weiterhin, daß die in dieser Weise in der Anstalt Internierten ohne weiteres nach § 32 des Gesetzes praktisch den Entmündigten gleichgestellt sind und, wenn erforderlich, eine Art von einstweiligem Vormund erhalten, über dessen Befugnisse wiederum ausführliche Bestimmungen bestehen, dessen Tätigkeit aber wie in Frankreich oder Belgien mit der Entlassung des Kranken oder aber mit der eigentlichen Entmündigung beendet ist.

Die Entlassung eines geheilten Kranken ist dem Direktor freigestellt, bei allen zweifelhaften Fällen wirkt jedoch wiederum die Justizbehörde — in der gleichen umständlichen Weise — mit.

Daß ein derartiges Gesetz nicht nur erlassen werden konnte, sondern nun schon ziemlich unverändert seit 85 Jahren besteht, ist vielleicht zum Teil auch Folge der bedauerlichen Tatsache, daß bis zur Jahrhundertwende in Holland Psychiatrie überhaupt nicht an Universitäten gelehrt wurde, und daß die Ärzte, die sich damit befassen wollten, auf Selbststudium oder auf das Ausland angewiesen waren. Die Folge davon war natürlich die, daß in weitesten ärztlichen Kreisen und namentlich in den Kreisen der maßgebenden beamteten Ärzte nur recht geringes Verständnis für diese Dinge vorhanden war. Die Stellen des ärztlichen Direktors wurden meist mit pensionierten Militärärzten, die in den Kolonien tätig gewesen waren, besetzt, ohne Rücksicht auf fachärztliche Vorbildung.

Das ganze Gesetz ist so ungeheuerlich, daß man danach annehmen sollte, das Irrenwesen liege in Holland sehr im Argen.

Dem ist aber nicht so. Was zunächst die Mißstände betrifft, die das Gesetz eigentlich herbeigeführt haben müßte dadurch, daß es alle frisch erkrankten und heilbaren, insbesondere alle selbstmordgefährlichen Fälle von der einzig möglichen fachärztlichen Behandlung ausschließt, so sind diese Folgen, — wenigstens in den letzten 20 Jahren, — vermieden durch eine wirklich großzügige Umgehung des Gesetzes. Zunächst wurde, offenbar auf Grund der zutagegetretenen Schwierigkeiten, im Jahre 1904 der § 7 des Gesetzes dahin geändert, daß in den Irrenanstalten sogenannte „offene Abteilungen" zugelassen wurden, für deren

Insassen die ganzen Formalitäten des Gesetzes nicht gelten, und so können unter der Maske der „Nervenkrankheit“ alle frischen Fälle ohne weiteres aufgenommen werden. Über die Größe dieser Abteilungen bzw. das Verhältnis ihrer Bettenzahl zu derjenigen der geschlossenen Abteilungen ist unseres Wissens nichts bestimmt, so daß also hier freiester Spielraum herrscht und praktisch eine Trennung in „Heil“- und „Pflege“abteilungen durchgeführt ist. Außerdem wurden auch in Holland endlich unter dem Drucke der Tatsachen psychiatrische Kliniken eingerichtet, und zwar in Utrecht, Groningen, Amsterdam und Wassenaer mit zusammen etwa 600 Betten. Für die Kliniken aber gilt die gerichtliche Ermächtigung, wie sie das Gesetz vorschreibt, ebenfalls nicht, so daß dieses also nur auf die chronischen und mehr oder weniger hoffnungslosen Fälle überhaupt Anwendung findet, bei denen es eigentlich nicht mehr erforderlich ist, denn hier besteht ja wohl niemals an der Tatsache der geistigen Erkrankung irgendein Zweifel. Außerdem betrachten die Richter ihre Mitwirkung hierbei als rein formal[1]). Bei den zweifelhaften und unklaren, frischen Fällen aber, bei denen nach der Ansicht des Gesetzgebers gerade eine etwaige widerrechtliche Internierung verhütet werden soll, findet das Gesetz keine Anwendung. Es ist also unter der Wucht der Tatsachen gegenstandslos geworden und besteht nur noch zur Beruhigung der urteilslosen großen Masse, — wirklich kein beneidenswerter und nachahmungswürdiger Zustand.

Die Kritik der holländischen Fachgenossen über das Gesetz war bitter genug. So sagte z. B. im Jahre 1899 der oben bereits erwähnte *van Erp Taalman-Kip*: „Man hat sich gründlich gegen die Möglichkeit verwehrt, daß je ein Geistesgesunder aus Versehen in eine Anstalt aufgenommen werden könnte, und hat durch das so feste Verschließen des Tores, das nur vom Richter geöffnet werden kann, nur dieses erreicht, daß so gut wie gar keiner nur aus Rücksicht auf eine mögliche Genesung aufgenommen wird. Er wird immer nur, entweder weil er gemeingefährlich oder weil er mindestens seinen Angehörigen zu viel Mühe macht, interniert. Eine notwendige Folge ist, daß überhaupt nur wenige heilbare Fälle in Anstaltspflege kommen.“

An anderer Stelle, als endlich psychiatrische Kliniken errichtet wurden, fügte er hinzu: „Möge eine solche Klinik endlich dazu führen,

---

[1]) Vgl. *Stuurmann*, „Schwierigkeiten in der holländischen Irrenpflege“. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 25, S. 211 und *Vos*, „Ein und das andere über „offene“ Abteilungen“, ref. Zentrbl. f. d. g. Neur. u. Ps. Bd. 27, S. 412.

den Mißstand zu beseitigen, der es bei armen Patienten so oft als eine Erlösung erscheinen läßt, wenn endlich eine gemeingefährliche Handlung oder ein Suizidversuch dem längst Pflegebedürftigen das Tor der Anstalt öffnet."

Wie oben dargelegt, ist diese Lösung inzwischen gefunden und das Gesetz heute praktisch außer Wirkung gesetzt.

Ganz unabhängig aber von dieser gesetzlichen Regelung hat sich das Irrenwesen in Holland selbst in einer Art entwickelt, die allen Schilderungen nach recht gut zu sein scheint.

Einmal die Familienpflege [1]), offenbar nach dem Vorbilde des ganz nahe der holländischen Grenze gelegenen Gheel. Sodann moderne Anstalten mit vorzüglichen Einrichtungen und mit der fast sprichwörtlichen holländischen Sauberkeit [2]); vor allem aber findet man dort eine soziale Höhe des Pflegepersonals [3]), wie man sie etwa in romanischen Ländern vergebens suchen würde. Schon vor Beginn dieses Jahrhunderts wurden in Holland regelmäßige Unterrichtskurse abgehalten, die meist mit Examen abschlossen. Außerdem hat man damals schon dort den Versuch gemacht, die meisten hinfälligen männlichen Kranken durch weibliches Personal pflegen zu lassen, ein Versuch, der sich außerordentlich bewährte, und den man in Deutschland unter der Not des Krieges ebenfalls unternahm. Leider ist man bei uns trotz der vorzüglichen Erfolge dieses Systems aus anderen Gründen wieder davon abgekommen. Im übrigen zeigt diese Entwicklung des Irrenwesens in Holland, daß hierfür vielfach ganz andere Umstände maßgebend sind, nicht nur der allgemeine Kulturstand des ganzen Volkes, sondern auch der Volkscharakter und vor allem wirtschaftliche Faktoren. Holland ist ein reiches Land, es hat seit fast 100 Jahren keinen Krieg gesehen und zieht beständig große Reichtümer aus seinen Kolonien. Infolgedessen spielte dort scheinbar früher die Geldfrage, die sonst der größte Hemmschuh für eine moderne Entwicklung des Irrenwesens zu sein pflegt, nicht diese Rolle wie anderswo. Der Hauptgrund für diese Fortschritte dürfte aber wohl in der Einrichtung der Irreninspektoren zu suchen sein insbesondere in der überragenden Persönlichkeit eines *van Deventer*, der jahrelang dieses Amt versah und dem ganzen Irrenwesen des

---

[1]) *Berger*, „Zur Familienverpflegung der Irren in Holland". Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 4, S. 545.

[2]) *Hoppe*, „Irrenärztliches aus Holland", ebenda Bd. 9, S. 285.

[3]) *Gallus*, „Das Personal in Meerenberg", ebenda Bd. 3, S. 447.

Landes seinen Stempel aufdrückte; es sind eben doch letzten Endes immer wieder Persönlichkeiten, auf die es ankommt! —

Nach dem Kriege scheint sich aber auch in Holland manches geändert zu haben. Durch Einführung der 45-Stundenwoche und durch eine außerordentliche Erhöhung der Löhne haben sich die Kosten für die Pflege eines Geisteskranken fast verdreifacht, so daß eine allgemeine „Flucht aus der Irrenanstalt" eingesetzt hat: harmlose Kranke werden nach Möglichkeit anderweitig untergebracht. Leider spart man auch hier wieder, wie gewöhnlich, an der Stelle, an der eine Sparsamkeit sich nicht nur am wenigsten lohnt, sondern indirekt geradezu verteuernd wirkt, an der Zahl der Ärzte [1]). Von diesen, hoffentlich vorübergehenden Schatten abgesehen, bestehen aber jedenfalls noch aus früheren Zeiten die baulich modernen Anstalten und die sonstige Organisation der Irrenpflege.

Nachdem nun auch durch die geschilderte Umgehung des veralteten Gesetzes dort einmal — wenn auch nicht gerade Unsinn zu Vernunft und Plage zur Wohltat geworden ist, aber doch ein erträglicher Modus vivendi gefunden wurde, scheint Holland eines derjenigen europäischen Länder zu sein, in denen, vom ärztlichen Standpunkt aus, soweit sich das ohne persönliche Anschauung sagen läßt, im allgemeinen für die Kranken in moderner Weise gesorgt wird.

In England liegen die Verhältnisse so kompliziert, daß sie sich nicht mit wenigen Worten schildern lassen. Schon im Mittelalter gab es eine Art staatlicher Aufsicht der Irrenfürsorge, die allerdings im wesentlichen nur darin bestand, daß das Vermögen derjenigen Personen, die der Irrenpflege bedurften, dem Könige anheimfiel, und es beschäftigte sich schon frühzeitig eine Fülle von Erlassen und Parlamentsbeschlüssen mit dieser Frage. Vor etwa 100 Jahren noch waren die Zustände anscheinend sehr wenig erfreulich, namentlich in Privatanstalten und Armenhäusern: mangelnde Hygiene, schlechte Verpflegung, kalte Duschen, Zwangsmittel, Mißhandlungen, Überraschungsbäder und andere Quälereien, die an die gräßlichsten Schauer- und Schundromane erinnern, scheinen nichts Ungewöhnliches gewesen zu sein [2]), und „der praktische Sinn" des Engländers zusammen mit der Nationaleigenschaft des cant stellte sich recht lange einer Besserung, wie sie die Ärzte erstrebten, hindernd in den Weg. Daran änderte es nichts, daß *William Tuke* schon im Jahre 1796 mit dem „no restraint"

---

[1]) Vgl. *Stuurmann* l. c.

[2]) Vgl. *Pandy* S. 135, 178, 217/219 u. a.



begonnen hatte; nachdem 1838 noch der Versuch *Hills*, in Lincoln die Ideen *Pinels* zu verwirklichen, an den ihm gemachten Schwierigkeiten gescheitert war [1]), konnte dann allerdings im nächsten Jahre *Conolly* mit jenem „gefährlichen Versuche" beginnen, der seinen Namen und das ganze Irrenwesen in England so berühmt gemacht hat, daß, wie *Meyer* schreibt [2]), eine Reise nach England früher für die Psychiater aller Völker fast so nötig erschien, wie den Künstlern der Besuch Italiens.

Trotz alledem aber scheinen manche Schauergeschichten, wie sie immer wieder agitatorisch aufgetischt werden, von widerrechtlichen Internierungen und den unglaublichsten Mißhandlungen, in den Zuständen des damaligen Englands gewisse Urbilder gehabt zu haben.

Jedenfalls waren die gesetzlichen bzw. verwaltungsrechtlichen Maßnahmen infolge der zweifellos bestehenden Mißstände dann um so radikaler. Zahllose Gesetze, Erlasse und Parlamentsbeschlüsse, oft recht unklar und widerspruchsvoll, beschäftigten sich mit dieser Frage [3]). Im Jahre 1845 erschien in England ein Gesetz, im Jahre 1857 in Schottland ein analoges Gesetz, die sogenannten „Lunatics Acts", die später auch auf Irland ausgedehnt und die für das ganze Reich durch die „Lunacy Act" von 1890 nochmals erweitert und ergänzt wurden [4]), ohne allerdings wesentliche Änderungen zu bringen. Leicht zu überblicken ist die Fülle der verschiedenen noch gültigen gesetzlichen Bestimmungen und der zahlreichen Verfügungen jedenfalls nicht, zumal da häufig noch unterschieden wird zwischen Selbstzahlern (private lunatics), ferner solchen, die auf öffentliche Kosten verpflegt werden (pauper lunatics) und schließlich den kriminal lunatics. Meist beziehen sich die Bestimmungen nur auf die beiden letzteren Gruppen. Die Idioten endlich bilden wieder eine besondere Gruppe mit besonderen Gesetzen.

Der erste und bedeutendste Erfolg der obengenannten wichtigsten Gesetze war jedenfalls die Möglichkeit, nun endlich die zur Fürsorge verpflichteten Stellen zwingen zu können, die nötigen Geldmittel auf-

[1]) Vgl. *Pandy* S. 218.

[2]) „Fürsorge für die Geisteskranken in England und Schottland." Arch. f. Psych. Bd. 39, S. 1201.

[3]) *Reuß* S. 52 und 13 und *Wyler* l. c.

[4]) Vgl. *Weygandt*, „Eindrücke von den Kongressen in London und Gent und von Anstaltsbesichtigungen in Großbritannien und Belgien". Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 15, S. 463; *Hockauf*, Referat. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 12, S. 138, und *Jacobsen*, Zeitschr. f. Medizinalbeamte VII, S. 341.

zuwenden und in entsprechend moderner Weise für die Geisteskranken zu sorgen. So entstanden zahlreiche, für die damalige Zeit hochmoderne und großzügig angelegte Irrenanstalten, deren bauliche Einrichtungen, zusammen mit dem allmählich weiter verbreiteten No-restraint-System, mit der allgemeinen Sauberkeit, den modernen hygienischen Einrichtungen, mit einer vorzüglichen Verpflegung und dem auf hoher sozialer Stufe stehenden Pflegepersonal, die Ursache für die obenerwähnten Wallfahrten der Psychiater aller Länder nach England waren. Auch heute sind, dem Reichtum des Landes entsprechend, die meisten englischen Anstalten baulich und wirtschaftlich modern und oft direkt großzügig. — Ebenso wie in Holland besteht bei hinfälligen männlichen Kranken vielfach weibliche Pflege.

Erzielt wurden die wichtigsten dieser Fortschritte in erster Linie durch Errichtung einer zentralen Oberaufsichtsbehörde, der „commissioners in lunacy", denen analoge Lokalorganisationen unterstellt sind. Diese Zentralbehörden bestehen zum Teil aus besoldeten fachärztlichen Mitgliedern, zum Teil aus ehrenamtlich tätigen Laien. Die ersteren sind die angesehensten Irrenärzte des Landes, meist frühere Direktoren größerer Anstalten, die durch diese Aufrückungsmöglichkeit jüngeren Kräften in der Leitung der Anstalt die Bahn frei machen [1]), die Laien sind meist höhere Richter. Die Befugnisse dieser Kommissionen sind ganz außerordentlich. Sie haben regelmäßige Besichtigungen vorzunehmen und der Öffentlichkeit ausführliche Berichte zu erstatten, insbesondere können sie auch Geldstrafen verhängen oder die Gerichte anrufen, auch die sofortige Entlassung eines Kranken anordnen usw. Auch untersteht ihnen das ganze Entmündigungswesen, dies ist deshalb wichtig, weil ein Entmündigter ohne weiteres allein auf Antrag seines Vormundes in jede Anstalt aufgenommen werden kann. Das Wichtigste ist jedoch, daß sich ihre Gewalt nicht auf die in öffentlichen Anstalten befindlichen Geisteskranken beschränkt, sondern auch alle diejenigen umfaßt, die in Privatanstalten, Armenhäusern und in Privatpflege untergebracht sind. Allerdings muß zugegeben werden, daß eine große Anzahl von Geisteskranken eben nicht zur Kenntnis der Kommission gelangt, sondern unter der Bezeichnung „nervös" und dergleichen in Privathäusern oder allgemeinen Krankenhäusern verbleibt. Der Grund liegt in den weiteren Bestimmungen des Gesetzes, die als Reaktion auf die oben angedeuteten Mißstände ganz im Sinne unserer deutschen Irrenrechtsreformler die persönliche Freiheit, die „liberty of the subject" eifersüchtig bewachen. Zu längerer Anstaltsbehandlung sind bei noch nicht Entmündigten zwei getrennte ärztliche Zeugnisse erforderlich [2]) sowie die Vollmacht eines höheren Justizbeamten

[1]) Vgl. *Weygandt* l. c.

[2]) Die Ärzte dürfen nicht Verwandte oder Verschwägerte, ja selbst nicht Gläubiger oder Verwandte oder Verschwägerte des Gläubigers des Direktors oder Arztes der Anstalt sein (!!), außerdem nicht Verwandte usw. des Kranken selbst. (S. *Wyler* l. c. S. 30.)

(judicial-authority), etwa des Friedensrichters, o. ä. oder eines Magistrates. Falls es für nötig erachtet wird, werden ein oder mehrere Termine abgehalten, die allerdings nicht öffentlich sind, bezüglich derer auch Schweigepflicht herrscht, und dann wird eine Entscheidung gefällt. In dringlichen Fällen genügt das Zeugnis eines einzigen Arztes zur Aufnahme, das Verfahren muß jedoch nachgeholt werden. Falls der erste einweisende Richter eine Entscheidung getroffen hatte, ohne den Kranken persönlich zu sehen, hat dieser das Recht, von einem anderen Richter untersucht zu werden. Jedem in die Anstalt aufgenommenen Kranken muß dies innerhalb 24 Stunden schriftlich mitgeteilt werden, es sei denn, daß der Arzt diese Mitteilung als schädlich für den Kranken ansieht; hierüber ist aber wiederum an die Irrenkommissare zu berichten. Außerdem wird jeder Aufgenommene in der Anstalt von dem Kommissar nochmals nachuntersucht. — Die Frage der kriminellen Geisteskranken ist in besonderen Gesetzen (criminal lunatic acts) behandelt, die auch die ganzen Fragen der Verhandlungsfähigkeit und Zurechnungsfähigkeit umfassen. Nicht verhandlungsfähige Kranke und solche, die wegen Geisteskrankheit freigesprochen wurden, werden in besonderen Anstalten interniert, „solange es Ihrer Majestät beliebt"; — praktisch hat also wohl der behandelnde Arzt der Anstalt die Entscheidung. Ähnlich ist es bei den im Strafvollzug erkrankten Verbrechern. Die Zustände in diesen Anstalten sollen nicht sehr erfreulich sein [1]).

Und schließlich wurde in neuester Zeit, im Jahre 1913 (wenigstens für England und Wales), ein Gesetz erlassen, das „Mental Deficiency Act" über die Internierung geistig minderwertiger Personen [2]), das sehr segensreich wirken könnte, trotzdem es an sich ja nur eine logische Fortbildung des Grundsatzes ist, Kranke nur mehr oder weniger nach dem Gesichtspunkte der Gemeingefährlichkeit in Anstalten aufzunehmen.

Unter „geistig Minderwertigen" versteht das Gesetz Idioten und Schwachsinnige der verschiedensten Grade sowie, was praktisch wohl das Wichtigste sein wird, auch moralisch Schwachsinnige. Auf Antrag des Vaters oder des Vormundes oder, im Falle der Kriminalität, oder bei Gewohnheitstrinkern, sowie wenn die Kranken vernachlässigt oder mittellos sind, oder im Fall einer unehelichen Gravidität, und schließlich sogar, falls die Unterrichtsbehörden es beantragen, werden die Betreffenden entweder entmündigt oder in einer Anstalt untergebracht oder beides. Es ist also gewissermaßen eine Verbindung unserer Entmündigung mit der „Unterbringung" im Sinne des neuen deutschen Strafgesetzentwurfes [3]).

Jeder Kranke, auch der harmloseste, wird also in England, ebenso wie in Holland, amtlich als geisteskrank abgestempelt, ähnlich wie es

---

[1]) Vgl. *Jacobson* l. c. S. 377 u. a.

[2]) Vgl. *Fehlinger*, „Das englische Gesetz über die Internierung geistig minderwertiger Personen". *Groß*, Arch. f. Krim.-Anthrop. Bd. 66, S. 333.

[3]) Im übrigen vgl. auch bezüglich der zivil- und strafrechtlichen Stellung der Geisteskranken in England: *Kornfeld*, „Englische Gesetzgebung bezüglich der Geistesstörungen". Psych. Wochenschr. Bd. 1, S. 208.

auch der später noch zu besprechende deutsche Reichsgesetzentwurf verlangte, und alles das, was man von einem derartigen Gesetze bei uns befürchten mußte, ist dort bereits praktisch in Erscheinung getreten: die außerordentliche Schwierigkeit einer zweckmäßigen Behandlung der beginnenden und kurz vorübergehenden Geisteskrankheiten, die ein häufig, aber vergeblich diskutiertes Problem zahlreicher fachärztlicher Versammlungen in England ist [1]), sowie zahlreiche Umgehungen des Gesetzes. Ein im Jahre 1899 eingebrachter Gesetzentwurf, der in ganz ungenügender Weise versuchte, diese Mißstände zu beseitigen, wurde wieder zurückgezogen. Eine Änderung des bestehenden Rechtes wird als dringend nötig anerkannt und soll demnächst erfolgen [2]).

Auch sonst liegt im englischen Irrenwesen noch manches im Argen, und es zeigt sich, daß auch das strengste Irrengesetz solche Mißstände nicht vermeiden kann, wenn man nicht den beamteten Irrenärzten das nötige Vertrauen entgegenbringt; so wurde noch im Jahre 1900 in der Fachpresse von recht bedauerlichen Schiebungen in England berichtet [3]).

Zwar werden die Direktoren der Anstalten, entsprechend der hohen Wertschätzung, deren sich der Arzt — im Gegensatz zu unserem Vaterlande — in England erfreut, sehr gut bezahlt, 2000 Pfund = 40 000 M. jährlich, doch ist die Zahl von gehobenen Stellen und überhaupt die Zahl der Ärzte viel zu gering [4]). Die Bettbehandlung fehlt fast ganz, Dauerbäder sind selten, Zellenbehandlung ist doch noch recht häufig, meist sogar in der Form der bei uns kaum bekannten „Gummizelle“ [5]). Es ist ferner zwar rühmend anzuerkennen, daß das Pflegepersonal auf einer außerordentlich hohen Stufe steht und reichlich vorhanden ist, doch kann dadurch natürlich der Mangel an Ärzten nicht ausgeglichen werden, da ja schließlich der Arzt und nicht der Pfleger den Kranken behandeln soll. Die nur für

---

[1]) Vgl. *Meyer* l. c. S. 1208/09 u. *Tuke*, Psych. Wochenschr. Bd. 1, S. 268.

[2]) *Mapother*, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 84, S. 321.

[3]) Journ. of Mental Science, Juli 1900, zit. nach Psych. Wochenschr. Bd. II, S. 255.

[4]) Vgl. *Werner*, „Über englisches Irrenwesen“. Psych-neurol. Wochenschr. Bd. 16, S. 330, und *Hockauf*, „Ein Besuch ...“ ebenda Bd. 11, S. 162 ff., S. 285 sowie *Schlöß*, „Über das numerische Verhältnis ....“, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 71, S. 945.

[5]) *Sauermann*, „Von einem Besuche in England“. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 12, S. 443, und *Schwabe*, „Hill End, eine moderne englische Irrenanstalt“. Ebenda Bd. 3, S. 1; dort auch ältere Literatur.

vorübergehend Geisteskranke vorhandenen Aufnahmestationen oder die heimlichen psychiatrischen Abteilungen, die nicht als solche gelten dürfen, sind nicht gerade überall ein erfreuliches Bild. Außerdem ist die Aufnahme eines einzelnen Kranken oder einiger weniger, die dann als „einzelne“ gelten, ohne Konzession gestattet[1]), wodurch der Winkelpsychiatrie Tür und Tor geöffnet sein dürfte. Nach dem Zugeständnis *Mapothers*[2]) ist die Behandlung frischer und heilbarer Fälle in England ungefähr 20 Jahre hinter der der fortgeschrittensten Länder Europas zurück, und er nennt die jetzige Regelung „unwürdig“ und „absurd“.

Erwähnt sei aber schließlich auf der andern Seite noch die bauliche Neugestaltung vieler Anstalten[3]) sowie die Ausgestaltung der Familienpflege in Schottland, die nach den vorliegenden Schilderungen[4]) ganz vorzüglich zu sein scheint und derjenigen von Gheel nicht nachstehen dürfte, doch wird wohl auch hier der ruhige Volkscharakter[5]) diese Behandlungsart sehr erleichtern.

Alles in allem sehen wir also bei der englischen Irrengesetzgebung zwar manches Gute, aber auch sehr viel Schatten[6]), und es wäre tief bedauerlich, wenn durch eine sklavische Nachahmung der dortigen gesetzlichen Bestimmungen die sich daraus ergebenden Zustände auf unser Vaterland übertragen und so Heuchelei und Gesetzesumgehung auch bei uns großgezogen würden.

In den nordischen Ländern findet man wenig von dem unsachlichen Mißtrauen gegen die Irrenärzte[7]), sondern liberale Bestimmungen. Es mag allerdings auch hinzukommen, daß, wohl dem Volkscharakter entsprechend, schwerere Erregungszustände und Gewalttätigkeiten hier, ebenso wie in England[8]), verhältnismäßig seltener

---

[1]) Vgl. *Jacobson* l. c. S. 341.

[2]) l. c.

[3]) *Robertson*, „Umwandlung der schottischen Anstalten“, ref. Zentrbl. Bd. 32, S. 54.

[4]) *Hockauf*, Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 11, S. 162 u. 253.

[5]) Vgl. *Sauermann* l. c.

[6]) Nach Pressemeldungen hat die im Jahre 1924 eingesetzte Regierungskommission zur Reform der Irrengesetzgebung jetzt ihren Bericht erstattet und erklärt eine weitgehende Reform für unerläßlich. Ob man allerdings bei dem starren konservativen Geiste der Engländer eine wirklich durchgreifende Änderung vorzuschlagen den Mut finden wird, erscheint zweifelhaft.

[7]) Abgesehen vielleicht von Norwegen, s. d.

[8]) Vgl. *Sauermann* l. c.

sind als in südlicheren Ländern, und daß daher die Notwendigkeit, in erster Linie die unsozialen Elemente unschädlich zu machen, hier nicht so die ganze Frage beherrscht.

Dänemark hat kein Irrengesetz, die ganze Frage ist durch Verordnung geregelt, allerdings in so großzügiger und moderner Weise, daß man dort mit Recht stolz auf diese Regelung ist [1]).

An der Spitze des ganzen dänischen Irrenwesens steht eine Kommission, die sich aus einem leitenden Arzt als Vorsitzenden, einem höheren Beamten und einer Privatperson zusammensetzt und die dem Justizministerium untersteht [2]). Die Kontrolle der Anstalten soll allerdings nur auf dem Papier stehen.

Zur Aufnahme genügt ein Antrag der Angehörigen oder des Vormundes und ein ausführliches Attest eines praktischen Arztes, das nicht länger als 4 Wochen zurückliegen darf. In dringenden Fällen können alle Formalitäten gleichzeitig oder sogar erst nach der Aufnahme erledigt werden. Für die Hauptstadt Kopenhagen besteht in dem Gemeindehospital eine psychiatrische Aufnahmeabteilung, für die jedes einfache ärztliche Attest ausreicht; es darf nicht älter als 14 Tage sein.

Bei Gemeingefährlichkeit kann die Hilfe der Polizei zur Verbringung in die Anstalt in Anspruch genommen werden.

Die Entlassung erfolgt nach ärztlichem Ermessen.

Der Betrieb in den Anstalten ist nach *Pandys* Schilderung recht modern, namentlich soll eine ausgedehnte Beschäftigungstherapie Anwendung finden.

Auf der anderen Seite aber scheint es, als ob auch in Dänemark eine übel angebrachte Sparsamkeit die volle Entwicklung des Irrenwesens verhindere. Die meisten Anstalten waren bei dem Besuche *Pandys* baulich recht veraltet und außerordentlich überfüllt; das Pflegepersonal soll infolge mangelnder Bezahlung recht minderwertig sein, auch die Zahl der Ärzte erscheint nicht ausreichend. Die zahlreichen Kranken, die in den Anstalten keinen Platz fanden — die stellenweise sogar bei numerus clausus zurückgewiesen wurden —, werden, wie es scheint, nicht sehr liebevoll und human von den Ortsbehörden in improvisierten Räumen verwahrt.

Ob in diesen Dingen inzwischen eine grundlegende Änderung ein-

[1]) *Geill*, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 59, S. 345 u. *Dedichen* ebenda Bd. 58, S. 520.

[2]) *Pandy*, S. 4.

getreten ist, konnte aus der uns zugänglichen Literatur nicht ermittelt werden, es scheint nicht sehr wahrscheinlich, da eine großzügige Modernisierung der veralteten Anstalten, schon allein der dazu erforderlichen außerordentlichen Geldmittel wegen, sicherlich Aufsehen erregt hätte und überall bekannt geworden wäre.

Auf eine diesbezügliche direkte Anfrage war von Dänemark, wie auch von einigen anderen Ländern, keine Antwort eingegangen.

Modern in ihren Baulichkeiten ist die Idioten- und Epileptikeranstalt in Ebberödgaard [1]), doch waren dort noch im Jahre 1909 Zwangsjacken und Fesselungen gang und gäbe. Gegen eine Überfüllung schützte sich die Anstalt damals ebenfalls durch einen numerus clausus, ein zwar bequemes Verfahren, aber keine Lösung des Problems.

Erwähnt sei übrigens noch, daß Dänemeark zwar, ähnlich wie Norwegen, nur einen Grad der Entmündigung kennt, daß dieser aber ungefähr unserer Entmündigung wegen Geistesschwäche entspricht, denn der Entmündigte ist geschäftsfähig in bezug auf Arbeits- und Dienstverträge und den „Selbsterwerb", die Zustimmung seines Vormundes vorausgesetzt [2]). Die gleich noch zu besprechenden Mißstände, die sich in Norwegen in dieser Hinsicht ergeben, dürften hier also keine Rolle spielen.

Norwegen besitzt ein Irrengesetz seit dem 17. VIII. 1848, das heute noch in Kraft ist und zu dem nur am 22. I. 10 ein Nachtrag durch königliche Verordnung erschienen ist.

Das Gesetz selbst [3]), das auf dem französischen Gesetze von 1838 beruht, ist für die damalige Zeit ausgezeichnet, ist so gut, daß es heute noch in Kraft sein kann; die Härten, die es mit sich bringt, sind anderer Ursache. Das Wichtigste dabei sind die liberalen Aufnahmebestimmungen, die an sich noch über das hinausgingen, was in dem französischen Gesetz vom Jahre 1838 bestimmt ist: der Arzt der Anstalt stellte hier das Aufnahmeattest aus.

Nach der Verfügung vom Jahre 1910 ist dies zwar eingeschränkt, und es ist jetzt ein einfaches ärztliches Attest erforderlich, das nicht älter als 1 Monat sein darf, sowie ein schriftlicher Antrag der Angehörigen usw. Entsprechend den großen Entfernungen in Norwegen und der Bedeu-

---

[1]) *Lomer*, „Ein Ausflug nach Ebberödgaard". Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 11, 1909, S. 156.

[2]) *Haff*, „Dänisches Recht". Handwörterbuch der Rechtswissenschaft von *Stier-Somlo* u. *Elster* (Walter de Gruyter & Co., Berlin-Leipzig 1925).

[3]) Wortlaut s. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 20, 1863 Supplement S. 172.

tung, die dort Telephon und Telegraph haben, ist in dringenden Fällen telephonische Übermittlung des Attestes und des Aufnahmeantrages an die Irrenanstalt ausreichend zur Anmeldung des Kranken. Es ist dann eine telegraphische Bestätigung nötig, und es genügt, wenn die Aufnahmepapiere bei der Aufnahme mit vorgelegt werden.

Eine freiwillige Aufnahme in unserem Sinne ist nicht vorgesehen, was bei diesem Aufnahmeverfahren auch praktisch nicht besonders erforderlich wäre, wenn nicht andere, gleich zu besprechende Umstände die Wirkung des Gesetzes in der Praxis so verhängnisvoll gestalteten.

Die Entlassung findet nach Ermessen des Arztes statt oder auch gegen dessen Rat auf Wunsch der Angehörigen, es sei denn, daß der Kranke polizeilich eingewiesen oder von dem Arzte als gemeingefährlich erklärt wird, — alles ganz natürliche und selbstverständliche Bestimmungen.

Sogar die Familienpflege ist in dem Gesetze bereits vorgesehen: jeder, der einen Geisteskranken in Pflege hat, und sei es der eigene Verwandte, muß davon an den zuständigen Pfarrer oder an einen Arzt Meldung erstatten, die dann die Pflicht haben, die Art der Pflege dauernd zu kontrollieren und gegebenenfalls Mißstände an die Behörde weiter zu melden. Jeder Arzt hat jährlich an das Ministerium des Innern ein genaues Verzeichnis derjenigen Geisteskranken einzureichen, die gemäß dieser Bestimmung bei ihm angemeldet und von ihm besucht worden sind. Über die praktische Durchführung dieser Bestimmungen berichtete *Wingard* [1]).

Zur Beaufsichtigung der Anstalten besteht eine vom König ernannte Kommission aus drei Mitgliedern, unter denen sich wenigstens ein Arzt befinden muß, und die für ihre Tätigkeit Gehalt bezieht. Diese Kommission hat die Anstalten wenigstens zweimal monatlich zu besichtigen und alles zu kontrollieren, Beschwerden entgegenzunehmen usw. Über jede Besichtigung ist ein Protokoll aufzunehmen.

Trotz dieses scheinbar so vorzüglichen Gesetzes lag das Irrenwesen in Norwegen, noch als *Pandy* im Jahre 1903 es besichtigte, sehr im Argen: Geldmangel, Ärztemangel, Überfüllung der Anstalten, Zwangsmaßnahmen, mangelnde Hygiene usw. usw., kurz es bot das übliche Bild des Irrenwesens in Europa vor 100 Jahren. In neuerer Zeit sollen dann, namentlich durch den Neubau einer Reihe von modernen Anstalten hier grundsätzliche Änderungen geschaffen worden sein [2]).

Nun kommt aber noch ein besonderer Umstand hinzu, der die Wirkung des Gesetzes ganz unabhängig von dessen Fassung fast in das Gegenteil verkehrt: das allgemeine norwegische Recht. Der Begriff „Geisteskrankheit" ist nämlich dort in Zivil- und Strafrecht so eng gefaßt, daß nur die schwersten Erkrankungen darunter fallen. Jeder „Geisteskranke" ist ohne weiteres unzurechnungsfähig, nicht ge-

---

[1]) *Wingard*, „Die Entwicklung der familiären Irrenpflege in Norwegen". Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 13, S. 317.

[2]) Vgl. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 3, S. 469.



schäftsfähig, heiratsunfähig; und besteht eine Geisteskrankheit während der Ehe 3 Jahre, so ist dadurch diese gelöst. Rechtliche Normen für das große Gebiet der Übergangsformen bestehen nicht, insbesondere keine beschränkte Geschäftsfähigkeit u. ä. Infolgedessen hat das Attest eines Arztes, daß jemand „geisteskrank" sei, — die Voraussetzung zur Aufnahme in die Anstalt, — die schwerwiegendsten rechtlichen Folgen, zumal da von jeder Aufnahme in die Anstalt Meldung an das zum Teil aus Laien bestehende Kontrollkomitee und an die Heimatsgemeinde erstattet werden muß; die dann meist wohl eingeleitete offizielle Entmündigung wird veröffentlicht. Die Folge ist, daß sich jeder Arzt hütet, in allen auch nur einigermaßen zweifelhaften Fällen ein Aufnahmeattest auszustellen, und daß die Kranken selbst wie auch ihre Angehörigen die Aufnahme in eine Anstalt nach Möglichkeit zu vermeiden suchen, — also daß praktisch trotz eines scheinbar liberalen Gesetzes die Verhältnisse dort so schlimm liegen wie nur irgend möglich. Nur ein schwacher Ersatz dafür ist, daß sich in dem städtischen Krankenhause der Landeshauptstadt Oslo eine psychiatrische Abteilung von 120 Betten befindet, die nicht unter die Aufnahmebedingungen des Gesetzes fällt, und daß demnächst eine psychiatrische Klinik mit 100 Betten eröffnet werden soll, für die das gleiche gilt, so daß also im ganzen 220 Betten für eine moderne Behandlung frisch erkrankter und heilbarer Fälle zur Verfügung stünden. Bei einer Einwohnerzahl von über 2½ Millionen und angesichts der riesigen Entfernungen nur ein Tropfen auf einen heißen Stein.

Doch mehren sich beständig die Stimmen sachverständiger Männer und einsichtiger Laien, die eine Änderung dieser unmöglichen Zustände verlangen, so daß zu hoffen steht, daß auch hier einmal mit der Zeit moderne Verhältnisse eintreten werden.

Als Kuriosum sei bei alledem die große Bedeutung erwähnt, die der gerichtliche Gutachter in Norwegen hat, der schon im Vorverfahren das entscheidende Wort spricht. Näheres über das norwegische Irrenwesen brachten noch kürzlich *Vogt* [1]) und *Dedichen* [2]) in der *Kraepelin*-Festschrift der allgemeinen Zeitschr. f. Psychiatrie.

Auch **Schweden** besitzt seit langer Zeit ein Irrengesetz „über Behandlung und Pflege der Geisteskranken" vom 5. III. 1858, das im Jahre 1883 durch das sogenannte „Hospitalgesetz" ergänzt und im

---

[1—2]) S. Literaturverzeichnis.



Jahre 1898 durch ein, mit dem ursprünglichen im wesentlichen übereinstimmendes Gesetz ersetzt wurde [1]).

Das alte Gesetz [2]) ist fast in jeder Hinsicht ganz ausgezeichnet, so daß man es verstehen kann, wenn es ziemlich unverändert in das neue übernommen wurde. Es ist von einer derartig ruhigen Sachlichkeit und von solch modernem Geiste, daß diejenigen Fachärzte, die es seinerzeit geschaffen, wohl einen Ehrenplatz in der Geschichte der Psychiatrie verdienten, und daß die Lektüre dieses Gesetzes nicht warm genug empfohlen werden kann.

Es seien hier nur diejenigen Bestimmungen herausgegriffen, welche auf die uns interessierenden Fragen Bezug nehmen.

Die Anstalten sind in erster Linie bestimmt für Patienten, „die kürzlich krank geworden sind und die aus diesem Grunde mehr Hoffnung zur Wiederherstellung geben", eine Bestimmung, die so modern anmutet, als sei sie heute geschrieben, und die das Grundprinzip aller psychiatrischen Tätigkeit ausdrückt, die Behandlung und Heilung der Kranken, eine Bestimmung, die man aber leider in den meisten anderen Irrengesetzen vergeblich sucht.

Weiter sind die Anstalten bestimmt für chronisch Kranke und solche, die gewalttätig und gemeingefährlich sind, dann für diejenigen, die zur Beobachtung ihres Geisteszustandes vom Gericht eingewiesen, und schließlich für solche, die wegen Geisteskrankheit freigesprochen wurden.

Zur Aufnahme ist erforderlich ein ärztliches Attest, ferner das übliche Gesuch der Angehörigen, ein Identitätszeugnis des Pfarrers, der hier als Vertrauensmann fungiert und dessen Mitwirkung mehr als alles andere das charitative Moment betont und die polizeiliche Färbung der ganzen Anstaltsaufnahme vermeidet. Der Pfarrer muß ebenfalls die Richtigkeit der Beantwortung eines Fragebogens über die Personalien usw. bescheinigen. Und schließlich ist, wie üblich, erforderlich die Regelung der Zahlungsverpflichtungen. In dringenden Fällen kann der Distriktsausschuß oder die Polizei den Kranken ohne weiteres der Anstalt überweisen und die Papiere nachliefern.

Dies hängt mit einer der wenigen unzweckmäßigen Bestimmungen des Gesetzes zusammen, nämlich mit dem numerus clausus der Anstalten, der zur Folge hat, daß die unglückseligen Exspektantenlisten, in früheren Zeiten wenigstens, recht lang waren. Bei Überfüllung der Anstalt ist der Kranke zunächst in ein allgemeines Krankenhaus aufzunehmen.

Ganz modern und weitblickend ist die Bestimmung des § 25: „Wenn jemand mit Zeichen von Geistesverwirrung erkrankt, muß von einem Arzt sein Zustand untersucht werden; wenn der Arzt nicht auf Veranlassung

---

[1]) Vgl. *Pandy* S. 20 u. *Hjertström*, Psych.-Wochenschr. Bd. 2, 1900, S. 195.

[2]) Wortlaut s. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XX, 1863, Supplement S. 214.



der Leute gerufen wird, welche den Kranken umgeben und pflegen, dann muß die betreffende Geistlichkeit, der Bezirksausschuß oder die Polizeibehörde dafür sorgen, daß der Kranke ohne gewaltsame Maßregeln außerstand gesetzt werde, sich oder anderen zu schaden, und daß er, solange er unter Privatpflege seiner Angehörigen oder anderer steht, die nötige und angemessene Pflege und Behandlung genieße." —

Es ist also nicht gestattet, einen Geisteskranken ohne ärztliche Behandlung und Pflege zu lassen.

Privatpersonen, die Geisteskranke verpflegen, müssen dies melden und werden von den Geistlichen und Kreisärzten überwacht. Übersteigt die Zahl der Kranken, die sich bei derselben Person zu gleicher Zeit in Pflege befinden, fünf, so treten die Bestimmungen über die Privatanstalten in Kraft (§ 24).

Auch hierüber sind genaue Vorschriften erlassen, eine Konzession ist erforderlich, die nur persönlich ist, ebenso muß jeder Wechsel des Arztes genehmigt werden, die Kontrolle ist festgelegt usw. (§ 23)

Die Entlassung erfolgt einmal, wie auch sonst, wenn ärztlicherseits festgestellt wird, daß keine Geisteskrankheit vorliegt, und steht im übrigen im ärztlichen Ermessen. Doch wird betont, daß chronisch Kranke im Notfalle, falls sie nicht gemeingefährlich sind, eher entlassen werden müssen, um für frisch Erkrankte Platz zu schaffen, eine Bestimmung, die wiederum für die damalige Zeit von einem außerordentlichen Weitblick zeugt und bei dem damaligen Raummangel und den baulichen Verhältnissen der Anstalten jedenfalls den besten Ausweg darstellte [1]).

Gegen den Willen des Arztes kann ein Kranker auf Wunsch der Angehörigen usw. nur entlassen werden, wenn dies „ohne Schaden für die allgemeine Sicherheit geschehen kann und die Angehörigen nachweisen, daß dem Kranken die erforderliche Pflege zu Hause oder anderwärts geboten werden kann". Kriminelle Geisteskranke können nur auf Antrag des Arztes nach Verfügung der Behörde entlassen werden.

Auch sonst finden sich zahlreiche Bestimmungen, die man nur billigen kann, die Instruktionen des Arztes, Vorschriften über die Führung der Krankengeschichten und die Verpflegung der Kranken (§ 21). Besuche sind nur mit Erlaubnis des Arztes zulässig. Charakteristisch für die damalige Zeit ist auch der § 14, der manchem anderen Kulturlande Europas dringend vonnöten gewesen wäre, und der ebenfalls für die damalige Zeit von einer außerordentlich hohen Menschlichkeit zeugt: „Die Kranken im Hospitale müssen milde behandelt werden. Keine anderen Zwangsmittel dürfen angewandt werden, als solche, durch welche der Kranke, ohne körperlich mißhandelt oder moralisch erniedrigt zu werden, außerstand gesetzt wird, sich und anderen zu schaden." Dies war im Jahre 1858. —

Die Ärzte und der Verwalter müssen in der Anstalt wohnen, eine Bestimmung, die ebenfalls für manches andere Land sehr nützlich gewesen wäre.

---

[1]) Da mir der Wortlaut des neuen Gesetzes nicht vorliegt, ließ sich nicht feststellen, ob diese Bestimmung ebenfalls mit übernommen wurde.

Die Leitung der Anstalt wird, und das ist vielleicht wieder eine der weniger glücklichen Lösungen, von einem Direktorium aus fünf Mitgliedern gebildet, an dessen Spitze der Direktor steht.

Ein von dem König auf 5 Jahre ernannter Oberinspektor kontrolliert sämtliche Anstalten und hat ziemlich weitgehende Befugnisse.

Das einzige Bedauerliche an dem Irrenwesen Schwedens ist vielleicht die durch das Hospitalgesetz 1883 neu durchgeführte Trennung von Heil- und Pflegeanstalten. Dadurch wurde natürlich die Gefahr nahegerückt, bei dem Bau und der Verwaltung der Pflegeanstalten möglichst zu sparen und diese unproduktiven Ausgaben für Unheilbare nach Möglichkeit herabzusetzen. Der Erfolg ist dann zum Teil allerdings gerade keine Ersparnis, wohl aber ein ärztlich sehr unbefriedigender Zustand, der *Pandy* [1]) zu der Kritik veranlaßte: „Die für das Irrenwesen verwandten Riesenkapitale bringen überall da nur einen minimalen Heilerfolg, — und eine sich fortwährend steigernde Belastung der Bürger, wo man bei dem Bau einer Anstalt zwar den Ingenieur, aber nicht den Psychiater zur Beratung heranzieht, und wo man kurzsichtig genug ist, die Zentralheizungen und Dampfkochanlagen für wichtiger zu halten als die Heilung der Kranken."

Damit wäre aber auch wohl so ziemlich alles, was man Ungünstiges über das schwedische Irrenwesen sagen könnte, erschöpft, und die noch von *Tucker* und *Pandy* beobachtete bauliche Rückständigkeit und Überfüllung mancher Anstalten ist inzwischen durch den Bau zahlreicher neuer Anstalten [2]), insbesondere auch durch den Neubau als Ersatz für die noch von *Pandy* so abfällig kritisierte Pflegeanstalt zu Upsala beseitigt. Sehr sympathisch ist auch die ruhige sachliche Offenheit, mit der in den Jahresberichten die noch bestehenden Mißstände zugegeben werden, und die Gründlichkeit, mit der an ihrer Beseitigung gearbeitet wird, ganz im Gegensatz zu der phrasenhaften und verlogenen Schönfärberei in manchen anderen Ländern. — Die Frage der Geschäftsfähigkeit ist ähnlich wie in Dänemark geregelt [3]), dies ist vielleicht keine ideale Lösung, immerhin drohen von dieser Seite her nicht jene verhängnisvollen Einflüsse, die in Norwegen praktisch die ganze Frage so bedauerlich umgestalten.

Zu alledem kommt die weite Ausdehnung der staatlich kontrollierten Familienpflege, sowie die Fürsorge für entlassene Kranke [4]).

---

[1]) l. c. S. 32.

[2]) Vgl. auch *Petrén*, „Schwedische Irrenpflege", ref. Zentrbl. Bd. 40, S. 845.

[3]) Vgl. *Haff* l. c.

[4]) Vgl. auch *Wigert*, „Hilfsbüro für psychisch Kranke in Stockholm", ref. Zentrbl. Bd. 27, S. 412.



Im übrigen stimmen alle Besucher[1]) schwedischer Anstalten darin überein, daß wohl nirgends eine derartige Ordnung und Sauberkeit und eine derartige humane Behandlung der Geisteskranken herrscht, wie gerade dort. Zum Teil ist dies wahrscheinlich auch darauf zurückzuführen, daß das Pflegepersonal, insbesondere das weibliche, fast ausschließlich den gebildeten Kreisen angehört, trotz der verhältnismäßig geringen Bezahlung, und daß diese vorzüglichen, systematisch vorgebildeten Pflegerinnen vielfach auch auf der Männerseite tätig sind. Die Pflege der Geisteskranken gilt als durchaus „gesellschaftsfähiger" Beruf für eine junge Dame, ähnlich wie der der organisierten Krankenschwester bei uns und steht unter dem Protektorate der Königin.

Jedenfalls, wenn schon ausländische Verhältnisse als Beispiel für die Regelung des Irrenwesens herangezogen werden sollen, dann haben sich unsere Augen in erster Linie auf Schweden zu richten und auf den Geist, der hier die Irrenpflege seit Jahrzehnten beherrscht.

Als nächstes der europäischen Länder sei Deutsch-Österreich besprochen, dessen Irrengesetz deutlich auf die deutschen Entwürfe eingewirkt hat, von denen in den nächsten Teilen dieses Buches die Rede sein soll.

In Österreich spielten sich schon seit langem dieselben Kämpfe ab wie in Deutschland, wahrscheinlich gingen sie zum Teil auch von denselben Kreisen aus, wie die mehrere Jahre später dort zum zweiten Male und ohne Quellenangabe erfolgte Veröffentlichung des berüchtigten Kreuzzeitungsaufrufes zeigt. Die Folge von alledem war dann, daß während des Krieges ein schon lange vorbereiteter Entwurf etwas überstürzt Gesetzeskraft erhielt: die k. k. Entmündigungsordnung vom 28. Juni 1916[2]), in der u. a. auch, entgegen der Stellungnahme des 25. deutschen Juristentages, die Fragen der Entmündigung und der Anstaltsaufnahme mit einander verquickt wurden. Hier haben wir es im wesentlichen nur mit dem zweiten Teile, der Regelung der Anstaltsaufnahme von Kranken zu tun. Dieses Gesetz ist heute noch in Deutsch-Österreich und in der Tschechoslowakei in Geltung.

Auch hier ist, wie in dem oben erwähnten bayrischen Entwurfe, eine Untersuchung durch das Gericht vorgesehen, und zwar über jede Anstaltsaufnahme eines Kranken. Allerdings haben wir einen immerhin

[1]) Wie z. B. auch *Wollenberg* (Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 15, S. 543).

[2]) Wortlaut s. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 18, S. 200.



wesentlichen Unterschied gegenüber den noch zu besprechenden „Grundzügen" zu einem deutschen Reichsgesetze, indem hier diese gerichtliche Prüfung und Enstcheidung nicht vor, sondern, ähnlich wie in Ungarn, erst nach der Aufnahme stattfindet, und zwar 24 bis 48 Stunden nachher. Es ist ein, unter Umständen sind auch zwei Sachverständige zu hören, von denen einer ein Arzt der Anstalt selbst sein kann. Allerdings dürfen diese Sachverständigen nicht der Privatanstalt angehören, wenn es sich um die Aufnahme in eine solche handelt, oder in beständiger geschäftlicher Fühlung mit ihr stehen, ebenso dürfen sie weder mit dem Kranken noch mit den Personen, auf deren Antrag die Aufnahme stattfindet, oder mit dem Eigentümer oder dem leitenden Arzt der Privatirrenanstalt „in auf- oder absteigender Linie verwandt oder verschwägert, oder in der Seitenlinie bis zum vierten Grade verwandt oder im zweiten Grade verschwägert sein". Auch diese Bestimmung ist z. T. fast wörtlich in den deutschen Reichsgesetzentwurf übernommen und dort sogar auf die Aufnahme in die staatliche Anstalt ausgedehnt worden.

Es finden sich ferner in dem österreichischen Gesetz eine Reihe von sonstigen Bestimmungen, die ebenfalls zum Teil wörtlich in die „Grundzüge" übergegangen sind, die Vernehmung des Kranken durch den Richter und dergleichen mehr.

Eine etwas eigenartige, sicher nicht gewollte, wahrscheinlich aber sehr erfreuliche Konsequenz dieser Verordnung ist nach Mitteilung österreichischer Kollegen die, daß die Ärzte jetzt im allgemeinen viel leichter ein Aufnahmeattest ausstellen sollen als früher, da der Fall ja doch spätestens innerhalb von 48 Stunden von neuem und amtlich nachgeprüft wird. —

Ausführliche Kritiken dieser dem Geiste nach jedenfalls recht psychiaterfeindlichen Bestimmungen sind erschienen von *Starlinger*[1]), *Bischoff* und *Handl*[2]). Über die Erfahrungen mit diesem Gesetz berichtete *Berze* auf der Tagung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien im November 1917[3]). Nach seiner Rundfrage ergab die verschiedene Auslegung dieses Gesetzes in dem damaligen Groß-Österreich eine kaum mehr zu übertreffende Buntscheckigkeit und schwankte von der vernünftigsten und weitherzigsten Auffassung, die dem ganzen Widersinn des Gesetzes die Spitze abbrach, bis zu den kleinlichsten und pedantischsten Schikanen. Weitere Stellungnahmen erfolgten von *Sternberg*[4]), ferner von *Wagner v. Jauregg*[5]) sowie von *Herschmann*[6]). Bezüglich weiterer Einzelheiten sei dahin verwiesen. — Nur ein Punkt sei zur Kennzeichnung dieses Gesetzes und des darin herrschenden Geistes noch erwähnt: Nach einer besonderen ministeriellen Ausführungsverordnung sind die Ärzte der Anstalten verpflichtet, bei Entmündigungen zwar die Beobachtung

[1]–[6]) s. Literaturverzeichnis.

des eingewiesenen Kranken durchzuführen, also den zeitraubendsten und mühsamsten Teil der Arbeit dabei zu leisten, dann aber ihr so gewonnenes Material den Gerichten zur Verfügung zu stellen und sich darüber als „Zeugen" vernehmen zu lassen. Die eigentliche verantwortliche Begutachtung jedoch liegt in den Händen der Gerichtsärzte! — Der lapsus calami, mit dem in diesem Zusammenhange das Gesetz einmal in einem amtlichen Anschreiben als „Entwürdigungsverordnung" bezeichnet wurde [1]), ist ein sehr schönes Beispiel zur *Freud*schen „Psychopathologie des Alltagslebens".

Die österreichischen Kollegen kämpfen bis jetzt noch immer vergebens um Milderung dieser reaktionären Bestimmungen, und sei es nur eine Milderung auf dem Verordnungswege [2]). Hoffentlich ist ihnen in absehbarer Zeit ein Erfolg beschieden.

Das heute gültige Gesetz hatte übrigens als Vorläufer einen Entwurf, der noch wesentlich übler war und in mancher Hinsicht sogar den deutschen Reichsgesetzentwurf von 1923 noch in den Schatten stellte. Den einmütigen Protesten aller österreichischen Irrenärzte war es damals glücklicherweise gelungen, diesen unmöglichen Entwurf zu Fall zu bringen [3]), die Sonderverhältnisse des Krieges wurden dann aber in wenig schöner Weise ausgenutzt, und diesmal gelang es den psychiaterfeindlichen Kreisen leider, ihr Ziel zu erreichen. —

Das Anstaltswesen in Deutsch-Österreich dürfte sich nicht wesentlich von dem Deutschlands unterscheiden, so daß hier nicht näher darauf eingegangen sei. Bedenklich erscheinen die „Mammuthanstalten" bei Wien.

Bezüglich der Entmündigung selbst sei in diesem Zusammenhange nur kurz erwähnt, daß nach dem Vorbilde des deutschen Bürgerlichen Gesetzbuches jetzt dort zwei Grade der Geschäftsfähigkeit bzw. der Entmündigung bestehen, allerdings mit einer glücklicher gewählten Nomenklatur („beschränkte" und „volle" Entmündigung), ferner eine Entmündigung wegen Verschwendung, Trunksucht und

[1]) Vgl. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 19, S. 234.

[2]) *Berze*, „Die neue Entmündigungsordnung und die Irrenanstalten". Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 19, S. 305.

[3]) Vgl. *Eisath*, „Die Anstaltsärzte und die Vorlagen für ein Entmündigungs- und Fürsorgegesetz in Österreich". Psych.-neurol. Wochenschrift Bd. 2, 1910, S. 418, und „Über die Vorlagen eines Entmündigungs- und Irrenfürsorgegesetzes in Österreich". Ebenda S. 439, und ebenda Bd. 12, S. 235 und *Ruzika*, ebenda Bd. 14 S. 579.

sogar wegen „Mißbrauchs von Nervengiften". Dies alles war jedenfalls ein wesentlicher Fortschritt gegenüber dem früheren Zustande. —

In der Tschechoslowakei gilt vorläufig noch die Entmündigungsordnung vom Jahre 1916, die soeben besprochen wurde. Ein neues Irrengesetz soll in Vorbereitung sein. Näheres ist jedoch noch nicht bekannt. Es dürfte vermutlich zusammen mit der Neugestaltung des Bürgerlichen Gesetzbuches und des Strafrechtes geschaffen werden.

In Böhmen waren schon vor dem Kriege die Irrenanstalten unter der Verwaltung der Provinz und infolge der dort herrschenden Majorität fast ausschließlich in tschechischer Hand. Die unglaublichen Zustände, die noch im Jahre 1907 in Böhmen herrschten [1]), dürften ja wohl beseitigt sein, immerhin besagten auch die damals noch bestehenden Verhältnisse schon genug. Heute hat man fast alle deutsch-böhmischen Ärzte vermittels des zu diesem Zwecke geschaffenen, ganz willkürlich gehandhabten Sprachenexamens, ebenso wie alle anderen deutschen Beamten im ganzen Lande, systematisch aus der Verwaltung entfernt.

Die bauliche Einrichtung, namentlich der neueren Anstalten, dürfte leidlich sein [2]), jedoch scheint auch hier infolge einer unangebrachten Sparsamkeit eine außerordentliche Überfüllung zu herrschen. Wenigstens soll sich erst kürzlich in der Anstalt in Brünn-Tschernowitz ein ganz ähnlicher Fall abgespielt haben, wie er oben aus Frankreich berichtet wurde: zwei Kranke wurden in dieselbe Zelle eingeschlossen, und der eine verletzte den anderen so schwer, daß der Tod eintrat [3]).

Die deutsche psychiatrische Universitätsklinik in Prag leidet von jeher, und jetzt noch mehr als früher, unter der systematischen Beschränkung aller staatlichen Zuschüsse, so daß die Baulichkeiten und der ganze Betrieb leider sehr rückständig sind. Eine Besserung ist bei den jetzt dort herrschenden innerpolitischen Verhältnissen in absehbarer Zeit wohl als ausgeschlossen zu betrachten. Die in Deutschböhmen geplante Anstalt in Lichtenstadt bei Karlsbad [4]) ist nicht

---

[1]) Kölnische Zeitung 1. XI. 07, ref. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 9, S. 301.

[2]) *Hrase*, „Zur Eröffnung der königl. böhm. Landesirrenanstalt in Bohnitz bei Prag". Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 12, 1911, S. 471.

[3]) „Eine Narrentragödie". Leipziger Neueste Nachrichten vom 22. VII. 26.

[4]) Vgl. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 15, S. 421.



erbaut worden, und es dürfte aus den oben angedeuteten Gründen auch wohl vorläufig nicht damit zu rechnen sein.

Ob die in letzter Zeit eingetretene innerpolitische Umstellung des Landes — die Beteiligung deutscher Parteien an der Regierung — mehr als ein vorübergehender Versuch ist und sich auf dem hier betrachteten Gebiete irgendwie bemerkbar machen wird, muß die Zukunft zeigen.

Die Regelung des Irrenwesens in Ungarn zeigt in ihrer praktischen Auswirkung eine gewisse Ähnlichkeit mit Holland.

Das Gesetz von 1876 bzw. 1883 ist noch in Kraft. Ein Gesetzentwurf, der im Jahre 1904 durch den Landessanitätsrat dem Ministerium des Innern vorgelegt wurde, ist nicht Gesetz geworden [1]).

Dieser Entwurf, der in den wesentlichsten Punkten, wie auch in anderen Staaten, die Bestimmungen des vorhergehenden Gesetzes beibehält, erscheint ebenso wie dieses auf den ersten Blick sehr rückständig. Als oberster und einzigster Grundsatz für die Aufnahme eines Kranken in eine Irrenanstalt war in dem Entwurfe die Frage der Gemeingefährlichkeit aufgestellt, während das zurzeit noch gültige Gesetz wenigstens auch die Heilbarkeit erwähnt. Ebenso wie in Holland besteht aber auch in Ungarn die Möglichkeit einer Umgehung, eine Möglichkeit, die allmählich derartige Dimensionen angenommen hat, daß die Hauptpforte, durch die die Kranken eigentlich in die Anstalt gelangen sollten, mehr oder weniger zur Nebensache geworden ist. —

Zur eigentlichen Aufnahme eines Kranken ist erforderlich eine Entscheidung des zuständigen Bezirksgerichtes, die allerdings erst nach der Aufnahme einzuholen ist, ähnlich also wie in dem österreichischen Gesetze.

Nun kommt es aber zu einer „humanen Umgehung“ des Gesetzes“ [2]) dadurch, daß ein Unterschied gemacht ist zwischen „provisorischer“ und „endgültiger“ Aufnahme. Bei allen heilbaren und akuten Fällen erteilt der Richter, dem jede provisorische Aufnahme zu melden ist, die Genehmigung zur endgültigen Aufnahme überhaupt nicht, sondern gestattet, daß der Kranke unter der Flagge einer weiteren Beobachtung für unbestimmte Zeit als provisorisch aufgenommen gilt; die meisten Kranken werden nach ihrer Heilung in dieser Weise entlassen, ohne überhaupt jemals „aufgenommen“ worden zu sein. Bei alledem fungiert der Anstaltsleiter selbst als Sachverständiger ohne jede äußere Kontrolle. Ferner hat jede Anstalt eine Poliklinik.

Die meisten Kranken sind praktisch mit dieser provisorischen Aufnahme einverstanden; bei denjenigen, die so schwer krank sind, daß sie selbst einer Aufnahme nicht widersprechen, erheben sich bei diesem Ver-

---

[1]) Vgl. *Hudovernig*, „Der Entwurf des neuen ungarischen Irrengesetzes“. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. IV, 1911, S. 494.

[2]) Vgl. *Oláh*, „Stacheldrahtschutzgesetz und Irrenwesen. Brief aus Ungarn.“ Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 27, 1925, S. 64.

fahren sowieso keine Schwierigkeiten. Eigentlich „aufgenommen“ werden also nur diejenigen, die in anderen Staaten als gemeingefährlich oder aus ähnlichen Gründen polizeilich eingewiesen werden, alle anderen sind nur „provisorisch“ in der Anstalt.

Praktisch also eine ziemlich ideale Lösung, die aber ebenso wie in Holland schließlich den eigentlichen Zweck des ganzen Gesetzes gegenstandslos macht und aus diesem Grunde wohl nicht vorbildlich sein kann.

Zu erwähnen ist noch, daß allerdings die „Einweisung“ in die Anstalt auch verknüpft ist mit der Entmündigung. Provisorische Aufnahmen in Privatanstalten müssen innerhalb von 24 Stunden angemeldet werden, und das Gericht läßt durch amtliche Sachverständige den Kranken untersuchen, während bei öffentlichen Anstalten, wie schon erwähnt, der Direktor selbst als Sachverständiger fungiert. Es ist also in Ungarn das Verfahren, das z. B. in Hamburg bei allen Kranken geübt wird, nur auf die Privatanstalten beschränkt.

Der genannte Gesetzentwurf vom Jahre 1904 hatte, abgesehen von oben erwähnten Punkten, eine Reihe von recht zweckmäßigen Bestimmungen [1]), wie die Beaufsichtigungskommissionen, denen auch alle Geisteskranke außerhalb der Anstalt unterstellt waren, ferner Bestimmungen entsprechend den Vorschlägen des neuen deutschen Strafgesetzentwurfes über die Internierung von geistig Minderwertigen, Vorschriften über die fachärztliche Ausbildung der Ärzte, sowie die Bestimmung, daß in jeder Anstalt für je 100 Kranke ein Arzt vorhanden sein müsse, und schließlich auch Strafbestimmungen, sogar Gefängnis bis zu 2 Monaten und hohe Geldstrafen, nicht nur für Verstöße gegen die oben angeführten Bestimmungen, wie etwa gegen die Meldepflicht, sondern auch z. B. für alle solche, die in ein nicht als Irrenanstalt errichtetes Krankenhaus unberechtigterweise Geisteskranke aufnehmen usw. Bei Durchführung solcher Grundsätze würde vielleicht in anderen Ländern manche aufsehenerregende Strafe verhängt werden. —

Das ungarische Irrenwesen selbst hat durch den Ausgang des Krieges und durch die finanziellen Verluste des Staates infolge Abtrennung von Waldungen, Bergwerken und Wasserkräften sehr gelitten bzw. die ganze Entwicklung wurde unterbrochen; wie sich ein solcher Geldmangel bei der dann meist unvermeidlichen Überfüllung im einzelnen auswirkt, wird man sich unschwer ausmalen können. Noch schlimmer aber sieht es in den abgetrennten Gebieten aus, wo oft für mehrere Millionen Menschen keine Anstalt vorhanden ist, wie *Pandys* erschütternde Klagen[2]) zeigen.

Zurzeit wird in Ungarn ein neuer Gesetzentwurf von amtlicher sachverständiger Seite vorbereitet, über den ich Näheres der

---

[1]) Da mir das alte ungarische Gesetz nicht im Wortlaut vorlag, konnte nicht nachgeprüft werden, ob bzw. wie weit auch diese Vorschläge dort schon enthalten sind.

[2]) *Pandy*, „Das Irrenwesen Ungarns von 1917 bis 1921“. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 26, 1924, S. 95.

Liebenswürdigkeit von Herrn Staatssekretär Professor Dr. *Olàh* verdanke. Interessant ist, daß auch hier wieder keine grundsätzliche Änderung vorgenommen wird, sondern daß die neuen Pläne sich formal ziemlich enge an die seitherigen Bestimmungen anschließen. Es wurde eingangs schon erwähnt, daß dies in allen Ländern stets so zu sein pflegt.

Es wird in den für den neuen Entwurf aufgestellten Grundlinien die „vorläufige" Unterbringung und die „endgültige Aufnahme" unterschieden; für die erstere Gruppe von Kranken soll bei jeder Anstalt eine „Abteilung für Nervenkranke" geschaffen werden, die allerdings in ihrer baulichen Einrichtung und ihrem Betriebe zur Behandlung jeder Art von Psychosen, auch von Erregungszuständen geeignet sein soll. Nur wo der Kranke sich einer etwa notwendig werdenden therapeutischen Beschränkung seiner persönlichen Bewegungsfreiheit nicht fügen will, kommt es zur eigentlichen „Aufnahme" auf Grund einer behördlichen Entscheidung.

Die nur „vorläufig" aufgenommenen Kranken sollen zur Beruhigung der öffentlichen Meinung dem betreffenden behördlichen Funktionär vorgestellt werden, jedoch in möglichst unauffälliger Weise und nur zur Kenntnisnahme der freiwilligen Entschließung bezw. des willenlosen Zustandes des Kranken. — Wenn nötig, ist auch sofortige Versetzung auf die geschlossene Abteilung möglich, und nachträglich erst die Durchführung des Aufnahmeverfahrens. Eine Zurückversetzung auf die offene Abteilung ist ebenso leicht möglich, desgleichen die Entlassung. Es ist also praktisch ein vollkommen freies Aufnahmeverfahren, das hier geplant wird, und nur die Aufnahme derjenigen, die anderswo behördlich als gemeingefährlich o. ä. eingewiesen werden, unterliegt hier einer amtlichen Nachprüfung.

Sachlich eine vorzügliche Regelung, die Form aber erscheint doch wohl etwas anfechtbar.

Weitere Pläne beziehen sich auf ausgedehnte poliklinische Behandlung und externen Dienst, ferner auf sehr energische und konsequente Erfassung der Alkoholiker nach den oben dargelegten Grundsätzen Für alle Kranken sollen Ausdrücke wie „Geisteskrank", „Internierung" u. ä. möglichst vermieden werden.

Auch sonst enthält der Entwurf zahlreiche, zum Teil ganz neue und wirklich großzügige Gedanken; überraschend und nachahmungswert ist der Plan, daß — „vor Ausstellung eines Reverses" würden wir in diesem Falle sagen — eine Kommission von drei von der Regierung ernannten erfahrenen Psychiatern vorher nicht nur den Zustand des Kranken, sondern auch die „materielle und moralische Verantwortungsfähigkeit der Angehörigen und aller äußeren Umstände" prüft.

Auch die Entmündigung soll nicht direkt eintreten, sondern das persönliche Verfügungsrecht soll „stufenweise abgebaut" werden und „in dem Grade (Beigabe eines Ratgebers, unsichtbare Bevormundung usw.), in dem es die Umstände als unvermeidlich zeigen" u. a. m.

Und schließlich sind eine Reihe von Strafbestimmungen vorgeschlagen, für Verleitung zum Trunke, Verabreichung geistiger Getränke

an Trinker, für Mißhandlung, Verhöhnung usw. eines Kranken durch Pflegepersonal und — wiederum etwas grundsätzlich Neues — für Verbreitung von „unwahren oder tendenziös gefärbten Nachrichten über Heilanstalten" oder für „Erzählungen, Romane, Theaterstücke usw. die Geschehnisse erdichten, welche geeignet sind, im allgemeinen gegen die Heilanstalten das Gefühl des Grauens, des Mißtrauens oder des Geheimnisvollen zu erwecken". —

Dieses charakterisiert schon allein den modernen und humanen Geist des Entwurfes, und wenn auf Grund dieser Richtlinien das Gesetz gestaltet und angenommen würde, so hätte Ungarn — abgesehen von der äußeren Form der Aufnahme, die unserem Empfinden nicht zusagt — ganz zweifellos sachlich das modernste und großzügigste Irrengesetz Europas, wenn nicht der ganzen Welt.

Die Verhältnisse in der Schweiz liegen so kompliziert, daß es ganz unmöglich ist, eine genaue Schilderung des Irrenwesens in sämtlichen 22 Kantonen zu geben. Nur einige Beispiele: zwei dieser Kantone, Genf und Neuenburg, haben Gesetze, bei den übrigen ist die Frage auf dem Verordnungswege geregelt. Die beiden genannten Gesetze sind schon recht alt. Das Gesetz von Genf z. B. stammt vom 5. Februar 1838, ist also noch etwas älter als das oben erwähnte französische vom 30. Juni 1838. Es ist auffallend, daß trotz dieser zeitlichen und örtlichen Nähe und trotz des großen kulturellen Einflusses, den Frankreich auf die französischen Kantone der Schweiz von jeher ausgeübt hat, dieses Gesetz dem französischen wenig ähnelt [1]).

Es seien nur folgende Bestimmungen erwähnt: Zur Aufnahme eines Kranken gehört eine Ermächtigung der Polizei oder des Magistrats auf Grund eines ärztlichen Attestes eines in Genf approbierten Arztes. Diese Ermächtigung gilt nur für 6 Monate, muß in dieser Weise dreimal und dann von Jahr zu Jahr erneuert werden, wenn der Kranke in der Anstalt verbleibt. — Meldung an die Staatsanwaltschaft innerhalb 24 Stunden. Überwachung der Anstalten durch eine Kommission, die sich aus mehreren Staatsräten zusammensetzt, und die zahlreiche Befugnisse hat. Die Bestimmungen über die Entlassung sind sinngemäß.

Dies Gesetz besteht heute noch, über seine praktische Durchführung konnte nichts in Erfahrung gebracht werden, wahrscheinlich gibt es auch hier Umgehungen in reichlichem Maße.

Ganz anders z. B. im Kanton Zürich: Aufnahme auf Grund eines ärztlichen Attestes, das nicht älter als 14 Tage sein darf, sowie der übrigen allgemein üblichen Papiere (Aufnahmeantrag, Personalien, Sicherstellung der Zahlung). Gegebenenfalls Einweisung durch die Polizeibehörde, ebenfalls auf Grund eines entsprechenden ärztlichen Attestes, wenn der

[1]) Wortlaut s. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XX, Supplementheft S. 18.

Kranke der öffentlichen Sicherheit oder sich selbst gefährlich ist und nachgewiesen wird, daß man auf andere Weise für denselben nicht sorgen kann oder will. Ferner vorübergehende Aufnahme von Kranken, die von der Polizei aufgegriffen werden, u. U. auf einfache polizeiliche Anordnung, ebenso sinngemäß Einweisung durch die Gerichte zur Beobachtung auf ihren Geisteszustand. Überwachung der Anstalten durch eine besondere Aufsichtskommission, die auch die Beschwerden erledigt.

Eine ähnliche liberale Regelung besteht auch in den meisten übrigen Kantonen; Einzelheiten siehe bei *Wyler* (l. c.).

In Italien liegen die Verhältnisse in mehr als einer Hinsicht eigenartig und sind nicht gut mit den unseren zu vergleichen. Die zur Zahlung der Pflegekosten verpflichteten Stellen haben es verstanden, sich nach Möglichkeit dieser Last zu entziehen.

Nach dem Gesetz vom 11. II. 1904 [1]) werden in Irrenanstalten nur solche Kranke aufgenommen, die für sich oder andere gefährlich sind oder öffentliches Ärgernis erregen und die außerhalb der Anstalt nicht entsprechend bewacht oder verpflegt werden können.

Man kann sich ungefähr vorstellen, aus welchem Materiale sich auf Grund dieses Gesetzes die Kranken der Irrenanstalten zusammensetzen. Es kommt aber noch schlimmer: Zur Aufnahme gehört — [abgesehen von dem Antrage der nächsten Verwandten oder des Vormundes und einer ärztlichen Bescheinigung, die nicht älter als 3 Tage sein darf, und die von dem Bezirksarzte amtlich beglaubigt sein muß] — ein offizieller Beschluß des Gerichts erster Instanz, also etwa des Amtsgerichtes, es sei denn, daß es sich um dringliche Fälle handelt, bei denen dieser Beschluß nachgeholt wird. Die in dieser Weise eingewiesenen Kranken müssen auf einer besonderen „Beobachtungsabteilung“ der Anstalt untergebracht werden, und der Direktor hat über den Befund nach spätestens einem Monat einen Bericht zu erstatten. Auf Grund dieses Berichtes wird dann auf Antrag der Staatsanwaltschaft von dem Gerichte zweiter Instanz [dem Landgerichte] die endgültige Internierung beschlossen. Zugleich damit wird ein Vermögensverwalter für den Kranken ernannt bis die endgültige Entmündigung, die ebenfalls eingeleitet wird, durchgeführt ist. Also eine große Ähnlichkeit mit dem holländischen und den englischen Gesetzen.

Sinngemäß sind auch die Bestimmungen über die Entlassung, die ebenfalls nur auf Antrag von dem Landgericht verfügt werden kann, abgesehen von versuchsweisen Beurlaubungen.

Die Zustände in italienischen Irrenanstalten unterscheiden sich aber wahrscheinlich wesentlich von den in Holland herrschenden, sie spotten nach übereinstimmenden Schilderungen vielfach jeglicher Beschreibung und stehen teilweise ungefähr auf dem Standpunkte,

---

[1]) Wortlaut: *Aschaffenburg*, Monatsschr. f. Krim. Psych. u. Strafrechtsref. Bd. 3, 1907, S. 239. Vgl. ferner *Belmondo*, „Der Entwurf eines Irrengesetzes in Italien“. Psych. Wochensch. Bd. 2, 1900, S. 17.

auf dem die Irrenanstalten zivilisierter Länder vor etwa 100 Jahren gestanden haben; die Anstalten sind größtenteils gefängnisartige, nicht sehr sauber gehaltene Gebäude, in denen sich nur die erregtesten und gefährlichsten Geisteskranken sowie schwer verblödete befinden, und in denen die Anwendung von Zwangsmitteln der schlimmsten Art nicht nur die Regel zu bilden scheint, sondern vielfach noch in einem Umfange vorkommen dürfte, von dem man sich kaum einen Begriff machen kann. Es sei verwiesen auf die Schilderung von *Pandy* (S. 163 ff.) und auf die ganz unabhängig davon erfolgte Schilderung über die Anstalt in Venedig von *Weygandt*[1]). Auch Verfasser dieser Zeilen sah noch im Jahre 1911 in der Anstalt von Genua genau das gleiche Bild. — Eine rühmliche Ausnahme scheint nach der Schilderung von *Pandy* die Anstalt in Reggio-Emilia zu sein, die offenbar den Stempel ihres damaligen Direktors Tamburini trägt[2]), ferner die neue Provinzialirrenanstalt San Onofrio in Campagna[3]) bei Rom.

Es ist nicht wahrscheinlich, daß inzwischen das ganze Irrenwesen einer gründlichen Reform unterzogen worden wäre, schon im Hinblick auf die beträchtlichen Summen, die dies bei der seitherigen Rückständigkeit der meisten Irrenanstalten erfordert hätte; wenn vielleicht noch einige weitere Anstalten einen etwas moderneren Eindruck machen oder wenn in neuerer Zeit hier und da gewisse Reformen durchgeführt sein sollten, über die nichts Näheres bekannt geworden ist, so ändert dies doch nichts an der Tatsache, daß in Italien eben nur die schwersten Geisteskranken, und zwar nach einer gerichtlichen Verurteilung zur Irrenanstalt in diese aufgenommen werden, und daß für sämtliche übrigen Kranken, insbesondere für die beginnenden und heilbaren Formen keine entsprechende fachärztliche Behandlung zur Verfügung steht. Das italienische System, nur die unsozialen Elemente zu internieren und sich um die übrigen nicht zu kümmern, hat vielleicht den Vorteil der Billigkeit, dies dürfte jedoch wohl auch sein einziger Vorzug sein, und es wäre allen deutschen Irrenrechtsreformlern, die ähnliche Zustände bei uns herbeisehnen, nur dringend zu wünschen, wenn sie die italienischen Verhältnisse einmal aus eigener Erfahrung kennen lernen würden.

---

[1]) *Weygandt*, „Die venezianische Anstalt S. Servolo". Psych. Wochenschr. Bd. 2, 1900, S. 188. Allerdings wurde diese Anstalt später aufgehoben, vgl. ebenda Bd. 5, S. 56.

[2]) *Reggio-Emilia.* Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 4, S. 542.

[3]) *Bonfiglio.* Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 80, 1924, S. 137.

Selbst *Antonini* [1]) kann in seiner, man möchte sagen „Verteidigungsschrift" unter etwa 32 norditalienischen Anstalten nur vielleicht 5 bis 6 zur Besichtigung empfehlen.

Man könnte nun vielleicht einwenden, das italienische Gesetz sei den dortigen Verhältnissen angepaßt; es mag sein, daß bei dem lebhaften, zu Affektausbrüchen und zu Gewalttätigkeiten neigenden italienischen Volkscharakter die Mehrzahl der Kranken doch mehr oder weniger bald asozial oder gemeingefährlich werden und also doch schließlich unter das Gesetz fallen, und daß aus dem gleichen Grunde stille Depressionszustände und Selbstmorde mehr zurücktreten als bei uns, so daß die Mängel einer derartigen Gesetzgebung nicht in so schroffer Weise zutage treten, wie es bei uns der Fall sein würde; wahrscheinlich ist auch der Kulturstand des ganzen Volkes nicht so entwickelt, um solche Zustände als unmöglich zu empfinden, dies zeigt schon allein die Tatsache, daß ein derartig rückständiges Irrenwesen überhaupt geduldet wird, — das eine aber bleibt unbestreitbar, daß jenes Gesetz die eines modernen Kulturstaates unwürdigen Verhältnisse des Irrenwesens nicht nur nicht verhindert, sondern sogar noch verschärft hat, so daß schon wenige Jahre nach seiner Einführung, auf dem III. Internationalen Kongreß für Irrenpflege in Wien namhafte italienische Autoren, *Mongeri* und *Anfosso* [2]), dringend eine Änderung des Aufnahmeverfahrens forderten, und *Bischoff* [3]) konnte, allerdings nicht nur mit Bezug auf Italien, mit Recht sagen: „Je mehr Aufsicht durch die Verwaltungsbehörde eingeführt ist, desto ungeordneter sind die Verhältnisse". Es lassen sich eben diese komplizierten Dinge nicht vom grünen Tisch aus regeln und durch Juristen, durch Laien und durch die Zwangsmaßnahmen eines schematisch-starren und von Mißtrauen diktierten Gesetzes, sondern, ebenso wie die ganze Behandlung der Geisteskranken überhaupt, nur durch ein juristisch-verwaltungsrechtliches „No-restraint-System" und durch die einzig Sachverständigen und Fachkundigen auf diesem Gebiete, die Irrenärzte selbst.

Im übrigen gibt es auch in Italien selbstverständlich die unvermeidlichen ganz öffentlichen Umgehungen, die jedes derartige Gesetz

---

[1]) *Antonini*, „L'assistance des aliénés en Italie". Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 8, S. 211.

[2]) Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 11, 1909, S. 310.

[3]) „Die österreichische Entmündigungsordnung". Psychiatr. Bemerkungen. Monatsschr. f. Krim.-Psych. u. Strafrechtsr. Bd. 22, 1921/22, S. 7.

nach sich zieht; so erwähnt z. B. *Bonfiglio* [1]) ganz harmlos, daß die 500 Patienten in der Anstalt für chronische Kranke in Cecano nicht gesetzlich internierte Kranke seien, und die Dinge werden wohl in anderen Provinzen vielfach ganz ähnlich liegen.

Nach Zeitungsmeldungen soll jetzt übrigens eine Änderung des Gesetzes geplant sein.

Rühmenswert soll nur die Ausbildung des Pflegepersonals sein, für das, wie *Tamburini* [2]) berichtete, ausgedehnter Unterricht stattfinden soll; ob diese Einrichtung beibehalten und ausgebaut bzw. auf alle Anstalten ausgedehnt wurde und mit welchem tatsächlichen Erfolg, ist uns allerdings nicht bekannt. Nach dem Eindruck, den Verfasser dieser Zeilen seinerzeit in Genua erhalten hat, scheint es, als ob, an den Anforderungen gemessen, die wir in diesem Punkte zu stellen gewohnt sind, damals doch auch noch recht viel zu wünschen übrigbliebe. — Die Obstruktion streikender Pfleger in Rom [3]) ,die den Kranken kleine Nägel in das Brot praktizierten, die Mäuse, Ratten, Insekten, schmutzige Lappen und Haarbüschel in die Suppenkessel warfen, spricht nicht gerade für sehr großen Erfolg dieses Unterrichts.

Spanien und Portugal besaßen nach *Pandy* (l. c.) keine gesetzliche Regelung des Irrenwesens. Die Zustände waren damals in beiden Ländern höchst betrüblich [4]) und haben sich inzwischen wohl auch nicht wesentlich geändert. Übrigens irrt *Pandy* in einem Punkte: es besteht in Spanien seit dem 19. V. 1885 ein königlicher Erlaß mit Gesetzkraft [5]), der dann durch weitere Ministerialverordnungen ergänzt wurde und der, ganz wie in Italien, Holland und England, ausschließlich diktiert ist von der Sorge für möglichst umfassenden juristischen Schutz der persönlichen Freiheit. Zur Aufnahme erforderlich ist, abgesehen von dem Gesuche der Angehörigen, ein ärztliches Zeugnis [6]) von zwei Ärzten unterschrieben, das von dem Amtsarzte außerdem noch gegengezeichnet sein muß. Diese Gesuche unter-

---

[1]) S. oben S. 106.

[2]) Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 11, S. 310.

[3]) Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 11, S. 310 u. 460.

[4]) *Magelhães Lemos*. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 11, S. 309, und *Weygandt*, „Psychiatrisches aus Spanien". Ebenda Bd. 5, S. 155; vgl. auch ebenda S. 477.

[5]) S. *Wyler* l. c.

[6]) Der Arzt darf weder mit dem Besitzer oder dem Arzt der Anstalt, dem Kranken oder den Antragstellern bis zum IV. Grade nach kanonischem Rechte verwandt sein!

liegen dann der fachärztlichen Begutachtung des betreffenden Ortsbürgermeisters! Stimmt dieser zu, dann ist eine „Beobachtung" bis zu einem Jahre in der Anstalt zulässig. Auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses des Anstaltsleiters entscheidet dann das Gericht nach freiem Ermessen, ebenso wie auch über die Entlassung aus der Anstalt; (allerdings ist dem Direktor der Anstalt eine zeitweilige Entlassung eines gebesserten Kranken gestattet). Auch bei „dringlichen Aufnahmen zur Beobachtung" muß der Bürgermeister und der beamtete Arzt die Notwendigkeit bescheinigen und solche Aufnahmen dürfen nur einmal bei demselben Kranken stattfinden.

Die Folgen dieser Bestimmungen sind denn nun, ebenso wie in Italien, derartig, daß *Sacristàn* [1]) sagt, einige Privatanstalten seien die einzigen, die man in Spanien fremden Besuchern zeigen könne, ohne daß einem die Schamröte ins Gesicht steige. Ein psychiatrischer Unterricht bestehe so gut wie überhaupt nicht, und die Kenntnisse der spanischen Ärzte auf diesem Gebiete seien dementsprechend.

Alle Versuche, eine moderne Regelung des Irrenwesens herbeizuführen, sind bisher gescheitert. Die Schilderungen von *Schmitz* [2]), der offenbar nicht aus persönlicher Erfahrung, sondern auf Grund von schön gefärbten amtlichen Berichten urteilt, stehen in derartigem Widerspruch mit allen anderen Mitteilungen, daß wohl einige Zweifel berechtigt sind. Verfasser dieser Zeilen kennt aus eigener Anschauung keine der Anstalten des spanischen Mutterlandes, wohl aber die Anstalt in Las Palmas (Gran Canaria), die für den östlichen Teil der kanarischen Inseln zuständig ist. Die Verhältnisse sind dort nicht ganz so schlimm, wie sie *Pandy* und *Sacristàn* in Spanien schildern, was zum Teil vielleicht auch auf das alte Guanchenblut der dortigen Bevölkerung zurückgeführt werden könnte. Ebenso wie das ganze Volk auch in den untersten Volkskreisen dort sich durch eine außerordentliche Liebenswürdigkeit, Harmlosigkeit und innere Vornehmheit auszeichnet, scheinen auch bei den Geisteskranken Erregungszustände und Gewalttätigkeiten verhältnismäßig seltener zu sein als in Spanien und Italien. Nur eine Kranke sah ich in einer Zelle, und ein Patient war an den Füßen gefesselt. Allerdings hat die Anstalt nur etwa 70 Betten, so daß eine derartige Statistik natürlich nicht allzuviel beweist. Doch war sonst dort alles, so weit sich dies in dem früheren Kloster einrichten ließ, sauber und mit Blumen geschmückt, auch

---

[1]) *Sacristàn*, „Die Fürsorge für Geisteskranke in Spanien". Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1924, Bd. 80, S. 469.

[2]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 41, S. 366 u. Bd. 43, S. 211.

schien die Behandlung durch die katholischen Ordensschwestern freundlich und liebevoll zu sein.

Etwas anderes aber war dabei sehr charakteristisch und man darf wohl annehmen, daß dies eine, wenn auch unbewußte Folge der ganzen Tendenz des spanischen Irrengesetzes ist. In dem gleichen Hause, in dem sich im Erdgeschosse die Geisteskranken befanden, wurden im ersten Stockwerk die Leprakranken der ganzen kanarischen Inseln verpflegt, und zwar ohne jede Trennung, versorgt von den gleichen Ordensschwestern, ja sogar ruhige Geisteskranke halfen oben bei der Pflege der Leprosen mit und vielleicht auch umgekehrt. Offenbar war die ganz unwillkürliche Erwägung dabei die, daß bei denjenigen Geisteskranken, die unter diesem Gesetz wirklich in die Anstalt aufgenommen werden, es schließlich auch weiter nicht viel schade, wenn sie sich auch noch mit Lepra infizierten. Zwar soll seit Jahren keine derartige Ansteckung vorgekommen sein, doch ändert dieser Glückszufall an der ganzen Tatsache natürlich nicht das Geringste.

Eine objektive Schilderung des Irrenrechtes und des Irrenwesens in **Rußland** zu geben, dürfte wohl unmöglich sein. Waren schon vor dem Kriege die Verhältnisse in dem Riesenreiche fast nicht zu überblicken und wahrscheinlich an den verschiedenen Stellen ganz verschieden, so ist ein Einblick unter den jetzigen Umständen ganz ausgeschlossen. Die Schilderung, die *Weygandt* [1]) seinerzeit gegeben hatte, trifft heute wohl sicherlich nicht mehr zu. Wie furchtbar die Revolution und ihre Folgen unter den Irrenärzten und in den Irrenanstalten gehaust, deutet *Gilarowsky* [2]) selbst an. Die schön gefärbten Berichte, die die jetzige Regierung auf allen wirtschaftlichen und kulturellen Gebieten ausgibt, und die strenge Zensur, die über allen Veröffentlichungen waltet, legen sich wie ein dichter Schleier über die wirklichen Verhältnisse. Wie die Aufnahmebestimmungen zurzeit sind, konnte nicht in Erfahrung gebracht werden, wahrscheinlich regionär ganz verschieden und vermutlich auch zahlreichen Willkürlichkeiten ausgesetzt. Im übrigen wird man wohl nicht fehlgehen in der An-

---

[1]) *Weygandt*, „Bericht über den internationalen Irrenfürsorgekongreß in Moskau 8.—13. I. 14". Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 16, S. 21 u. 23. — Das gleiche gilt wohl auch für *Ssokalski* und ähnliche Berichte. (Ebenda Bd. 5, S. 16.)

[2]) *Gilarowsky*, „Über den Zustand der psychiatrischen Krankenhäuser in Rußland". Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1924, Bd. 80, S. 295, und „Die Moskauer Psychiatrie im Jahre 1924". Ebenda 1925, Bd. 82, S. 354.

nahme, daß in russischen Anstalten nicht gerade ideale Verhältnisse herrschen, und die Bestrebungen, psychiatrische Hilfe weitesten Volkskreisen zuteil werden zu lassen, — einmal durch offene psychiatrische Abteilungen mit absolut freier Aufnahme, die äußerlich durch nichts von den gewöhnlichen Krankenhäusern unterschieden sein sollen und weiterhin als noch „niedrigere", populärere Stufe psychiatrische Polikliniken, angegliedert an die Polikliniken für Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten[1]), — alles das ist sehr ideal gedacht, wie vieles in der kommunistischen Weltanschauung, wie es aber im einzelnen praktisch durchgeführt wird bzw. ob und wie es unter den gegebenen Verhältnissen überhaupt durchführbar ist, und welche Ergebnisse es erzielt, das ist eine andere Frage, zu deren Beantwortung die Schilderungen von russischer Seite wohl nicht ausreichen.

Aus ähnlichen Gründen, sowie auch vor allem deshalb, weil die ganzen inneren Verhältnisse dort noch nicht genügend geklärt zu sein scheinen, wurde auch davon Abstand genommen, das Irrenwesen der früher russischen Randstaaten sowie das der Balkanstaaten in den Kreis unserer Betrachtungen zu ziehen.

Erfreulich scheinen die Dinge dort vielfach gerade nicht zu liegen, namentlich aus Rumänien, das schon vor dem Kriege sehr rückständig war[2]), wird Furchtbares berichtet, während die verhältnismäßig günstigen Zustände, die schon früher in Finnland[3]) bestanden, sich wohl nicht wesentlich zu Ungunsten geändert haben dürften.

Außereuropäische Anstalten wurden nicht in den Kreis dieser Betrachtungen gezogen, um diese nicht über Gebühr auszudehnen. Erwähnt seien hier nur die Schilderungen von *Hockauf*[4]) und *Hoppe*[5]) über die Verhältnisse in Nordamerika. Die gesetzliche Regelung ist dort zum Teil ähnlich wie in England, die Umgehung,

---

[1]) *Galant*, „Die Grundlagen der neuen Organisation der Irrenpflege in Sowjet-Rußland". Ebenda 1925, Bd. 82, S. 81, und *Gilarowsky* l. c.

[2]) *Merklin*, „Psychiatrisches aus Rumänien". Psych.-neurol. Wochenschrift Bd. 7, S. 347.

[3]) *Pandy*, „Das Irrenwesen in Finnland". Psych.-neurol. Wochenschrift Bd. 9, 365.

[4]) „Eine Studienreise in Nordamerika". Psych.-neurol. Wochenschrift Bd. 8, S. 371 ff. und des gleichen Autors Referate über amerikanische Anstaltsberichte in den verschiedenen Jahrgängen der gleichen Zeitschrift.

[5]) „Psychiatrisches aus Nordamerika". Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 64, S. 320.



namentlich durch psychiatrische Kliniken, ähnlich wie in Holland. Doch liegen die Dinge in den einzelnen Staaten der Union teilweise recht verschieden. Die Theorie von der Möglichkeit wirtschaftlicher Ersparnisse durch Konzentrierung des Betriebes in „Mammuthanstalten" scheint durch die geradezu groteske Übertreibung dieses Prinzips dort gründlich ad absurdum geführt zu werden, denn was Schreiber dieser Zeilen selbst bei einem Besuche im Jahre 1923 dort gesehen hat, weist, wenigstens vom ärztlichen Standpunkte, vom Standpunkte des Wohles der Kranken aus, mit wirklich fast noch mehr als zwingender Deutlichkeit auf die Notwendigkeit kleiner Anstalten hin. Vielleicht bietet sich Gelegenheit diesen Punkt einmal an anderer Stelle eingehender zu besprechen.

Ein nicht allzu liberales Gesetz scheint Argentinien zu haben, unter teilweiser Anlehnung an Frankreich. Die Änderungsvorschläge von *Obarrio* und *Cabello* [1]) sind teilweise sehr rückschrittlich.

Die Anstalten in der Hauptstadt sind, dem Reichtum des Landes entsprechend, recht großzügig und modern, ebenso die Kolonie „Open door"; wie es im Innern des Landes aussieht, darüber konnte nichts Sicheres ermittelt werden. —

Das brasilianische Irrengesetz ähnelt etwas der ungarischen Regelung. Beneidenswert ist die Zahl von 24 Ärzten, einschließlich des Direktors auf etwa 1000 Kranke in der Anstalt in Rio de Janeiro [2]), die auch baulich durchaus modern zu sein scheint; ob man über die übrigen Anstalten des Landes das gleiche sagen kann, bleibe dahingestellt.

Über Chile war nichts Näheres zu erfahren. Über die Anstalten dürfte das gleiche gelten, was über Argentinien und Brasilien gesagt wurde [3]).

Es ist also im wesentlichen kein sehr erfreuliches Bild, das uns ein solcher Überblick über das Irrenwesen anderer Staaten bietet.

Fast überall das gleiche, gehässige, teils direkt kindliche Mißtrauen gegen die Irrenanstalt. Daneben aber noch ein anderes, nämlich die Tatsache, daß der Stand des Irrenwesens eines Landes von den gesetzlichen Bestimmungen ziemlich unabhängig zu sein scheint. Doch dürfen daraus keine voreiligen Schlüsse gezogen werden.

---

[1]) ref. Zentrbl. Bd. 40, S. 838 u. Bd. 42, S. 234.

[2]) *Moreira*, „Reform der Irrenfürsorge in Rio de Janeiro und Gesetz, über Irrenfürsorge in Brasilien". Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Bd. 7 S. 305 u. 307.

[3]) Über die moderne Anstalt in der Hauptstadt Santiago de Chile vgl. Psych. neurol. Wochenschr. Bd. 4, S. 142.

Wir haben hier zweifellos auch Zusammenhänge in der Art, daß ein gutes Gesetz mit einem vorzüglichen Irrenwesen Hand in Hand geht, wie z. B. in Schweden, oder daß ein schlechtes Gesetz auch dem Irrenwesen seinen Stempel aufdrückt, wie in Italien und Spanien. Es ist also keineswegs so, daß wir uns in der Hoffnung wiegen könnten, daß ein selbst noch so schlechtes Gesetz bei dem hohen Stande des Irrenwesens in Deutschland nicht den geringsten Schaden anzurichten vermöge, und daß es uns von diesem Gesichtspunkte aus also gleichgültig sein könnte, welches Reichsgesetz wir einmal bekämen. Gerade bei einer so hoch entwickelten Organisation, wie wir sie in Deutschland besitzen, könnte ein reaktionärer[1]) gesetzgeberischer Einfluß von den verhängnisvollsten Folgen begleitet sein.

Daß dies nicht überall der Fall ist, namentlich nicht dort, wo ein solches Gesetz schon seit vielen Jahrzehnten besteht, und wo es erlassen wurde zu einer Zeit, als das Irrenwesen dort noch nicht sehr weit fortgeschritten war, und es also noch nicht viel daran zu verderben gab, ändert an dieser Tatsache nichts. Die kulturellen Fortschritte auf diesem Gebiete wären wahrscheinlich in jenen Ländern wesentlich größer und wären jedenfalls früher in Erscheinung getreten, wenn ein großzügiges Gesetz hier freie Bahn für eine solche Entwicklung geschaffen hätte. Dazu kommt vor allem aber der Umstand, daß in denjenigen Staaten, in denen ein schlechtes Gesetz nicht vermocht hat, eine solche Entwicklung zu unterbinden — wie z. B. in Holland oder Ungarn —, sich in der Praxis eine geradezu geniale Umgehung des Gesetzes herausgebildet hat, so daß dieses de facto dort mehr oder weniger gegenstandslos geworden ist.

Also entweder bringt ein schlechtes Gesetz unübersehbaren Schaden, oder aber es wird von der Entwicklung beiseite geschoben und zur harmlosen Atrappe erniedrigt.

Neben dieser zunächst scheinbar so paradoxen Erscheinung, daß trotz eines schlechten Gesetzes das Irrenwesen eines Landes mehr oder weniger modern sein kann, finden wir die andere, vielleicht nicht weniger überraschende Tatsache, daß trotz verhältnismäßig guter Gesetze das Irrenwesen der betreffenden Länder eine geradezu unglaubliche und eines Kulturstaates unwürdige Rückständigkeit zeigt, wie in Frankreich und in Belgien.

Bei näherer Betrachtung sehen wir aber, daß dies zum Teil zwar

---

[1]) Dies Wort ist hier selbstverständlich nicht in parteipolitischem Sinne gemeint; voreingenommene Gegner der Irrenanstalten finden sich leider wohl noch in allen politischen Parteien.

auch in dem Gesetze begründet ist, — wie z. B. in der Institution des Verwaltungsdirektors in Frankreich und in der ganz unzulänglichen Besoldung der Ärzte, die zu allgemeiner Praxis zwingt und die Qualität der Ärzteschaft verhängnisvoll beeinflußt, — daß es zum allergrößten Teile aber doch aus Gründen geschieht, die völlig außerhalb des Gesetzes liegen, durch die Tatsache vor allem, daß die wichtigsten Bestimmungen der Gesetze dort nicht nur umgangen, sondern einfach in der naivsten Weise mißachtet werden, insbesondere diejenigen bezüglich der amtlichen Besichtigung und der zu erstattenden Berichte.

Und schließlich hat sich in einem anderen Lande, in Norwegen — ob durch den Gesetzgeber gewollt oder nicht, bleibe dahingestellt —, eine Auslegung des Gesetzes herausgebildet, die ein auf den ersten Blick gut erscheinendes Gesetz zu einem der rückständigsten in Europa macht. Die Folgen sind dann hier auch wieder so, wie erwartet werden mußte.

England steht in der Mitte: viel Licht und viel Schatten, gute Ergebnisse und üble Folgen bunt gemischt, auf keinen Fall aber ein nacheifernswerter Zustand, wenn auch manches Gute uns als Beispiel dienen könnte.

Aus alledem geht aber mit ziemlicher Deutlichkeit noch etwas anderes hervor, nämlich daß Imponderabilien bei der praktischen Auswirkung der Irrengesetze eine große Rolle spielen: einmal wirtschaftliche Umstände, Reichtum oder Armut eines Landes, ferner die ganze Kulturhöhe des betreffenden Volkes, — wobei auch unser Sonderfall aufs neue wiederum zeigt, daß „Kultur", wie wir sie aufzufassen pflegen, nicht gleichbedeutend ist mit der von französischer Eitelkeit so hoch gepriesenen westlichen „Zivilisation" —, und schließlich der Einfluß einzelner überragender Persönlichkeiten, wie etwa *van Deventer* in Holland oder *Olàh* in Ungarn.

Das wichtigste aber, — es kann dies hier natürlich nur ganz flüchtig angedeutet werden, — scheinen letzten Endes rassenmäßig bedingte Charaktereigenschaften eines Volkes zu sein. Einmal natürlich, indem diese psychischen Rasseeigenschaften auch das Bild der Geisteskrankheit und die größere oder geringere Erregbarkeit und Gefährlichkeit der Kranken beeinflussen, dann aber auch ganz allgemein.

Die größere Neigung zur Reinlichkeit bei überwiegend nordischen Völkern, wie z. B. bei den Schweden, aber auch bei den Holländern — und ihr Gegenstück bei Franzosen und Italienern —, tritt deutlich in dem ganzen Betriebe der Irrenanstalten zutage. Aber auch noch

mehr: die ethischen Gefühle der Menschlichkeit und des Mitleides, ferner Ordnungsliebe, organisatorische Befähigung und soziales Gewissen auf der einen Seite, — Neigung zu Grausamkeit, wie sie den mit westischem Blute durchsetzten Völkern in so starkem Maße eigen ist, auf der anderen Seite, ferner hier noch Leichtfertigkeit, Oberflächlichkeit, Unordnung, Mangel an organisatorischer Begabung und an Verantwortlichkeitsgefühl, politische Korruption, ein oft kindlich-naiver Egoismus des Einzelnen und der ganzen Nationen, und vor allem jene typisch westrassische Neigung zu einer glänzenden Fassade ohne sachliches Eingehen auf den Kernpunkt einer Frage, ohne jenes „Eine Sache um ihrer selbst willen tun“, — alles das und vieles andere mehr sind Dinge, die jene scheinbaren Widersprüche zwischen Theorie und Praxis, zwischen Irrengesetz und Irrenwesen zu erklären vermögen, und nur von solch höherem Standpunkte aus wird man die Vielseitigkeit der Erscheinungen richtig beurteilen können.

Andererseits dürfen wir aber aus solchen Erwägungen heraus der Hoffnung Raum geben, daß in unserem Vaterlande einmal ein Irrengesetz kommen werde, das dem Stande unseres Irrenwesens, aber auch unserem Volkscharakter entspricht.

V. Der Reichsgesetzentwurf vom Jahre 1923.

Trotzdem der mehrfach erwähnte Entwurf eines Reichsirrenschutzgesetzes vom Jahre 1923 inzwischen wieder zurückgezogen wurde, ist es vielleicht nicht unzweckmäßig, auf ihn doch noch einmal etwas näher einzugehen, da er als Zeiterscheinung bewertet werden muß und aufs deutlichste die Bestrebungen zeigt, die bis dahin mit so großem Erfolge auf die zuständigen Stellen einzuwirken vermocht haben, und die sicherlich auch jetzt und in Zukunft nichts unversucht lassen werden, bei jeder Gelegenheit ihren Einfluß aufs neue geltend zu machen, sei es bei der Ausgestaltung der Ausführungsbestimmungen des neuen preußischen Gesetzes, sei es bei den zu erwartenden gesetzlichen Regelungen anderer Länder oder schließlich bei einem späteren Reichsgesetze.

Die formaljuristische Unzulänglichkeit des Reichsgesetzentwurfes vom Jahre 1923, seine juristische Inkonsequenz, um nicht zu sagen Ahnungslosigkeit, die wohl in erster Linie es veranlaßt hat, daß er so rasch zurückgezogen wurde, interessiert heute höchstens noch als Symptom. Für den Juristen spricht der Wortlaut dieses Entwurfes, der vorsichtigerweise allerdings selbst nur den Namen „Grundzüge“ in Anspruch nahm, für sich allein (vgl. S. 130).

Wichtiger ist die ganze Tendenz dieser Grundzüge und ihr sachlicher Inhalt.

In der Fachpresse wurde dies alles schon zur Genüge gewürdigt, wie z. B. in der Stellungnahme des geschäftsführenden Vorstandes des Reichsverbandes beamteter deutscher Irrenärzte (E. V.)[1]) oder von *Försterling*[2]), *Bresler*[3]), *Marthen*[4]), *Simon*[5]), *Rittershaus*[6]), ferner *Dubbers*[7]) und *Lustig*[8]).

Immerhin seien noch einige Worte dazu gestattet.

Der Entwurf nannte sich „Irrenschutzgesetz“. In welchem Sinne

---

[1])–[8]) Psych.-neurol. Wochenschr. 1923, Bd. 25, S. 191. S. 183. S. 195. S. 197. S. 215. S. 227., A. Ps. 70, S. 648 und Fortschr. d. Med. Bd. 42, S. 103.

das gemeint war, bedarf keiner weiteren Erklärung. Die deutschen Irrenärzte verwahren sich auf das Allerentschiedenste dagegen, daß man die ihnen anvertrauten Kranken vor ihnen schützen müsse, vor Unfähigkeit, vor beschränkter fachwissenschaftlicher Voreingenommenheit und Weltfremdheit oder vor Bestechlichkeit und Schurkerei.

Es ist keine Überempfindlichkeit, wenn diese Verwahrung an der Spitze der Ausführungen über den Entwurf selbst steht; in einer derartig undankbaren und verantwortlichen Stellung, die durch Mißdeutung und Gehässigkeit, durch offene und versteckte Verleumdung seit Jahren systematisch beschimpft wird, muß ein solcher Stand auf die Wahrung seiner Standesehre bedacht sein, wenn er sich nicht selbst aufgeben will. Es ist auch nicht so, daß wir uns gekränkt fühlten durch das Verhalten von Leuten, die nicht ernst zu nehmen sind; es handelte sich hier um einen amtlichen Entwurf der Reichsregierung, der den Regierungen der einzelnen Länder und der Standesorganisation, — letzterer allerdings nur auf ihr wiederholtes Drängen hin, — zur Kenntnisnahme und Äußerung zugestellt worden war. Man setze nur einmal den Fall, es würde in gleicher Weise ein Entwurf vorbereitet zum „Schutze der Angeklagten“ gegen die „Unfähigkeit und Bestechlichkeit der deutschen Richter“ —, und niemand würde diesem Stande es verdenken, wenn er sich in gleicher Weise auf das Schwerste gekränkt fühlte.

Man könnte vielleicht einwenden, daß solche Forderungen, von Mißtrauen gegen die Richter diktiert, ja früher einen großen Raum eingenommen hätten unter den Fragen, die als liberale Fortschritte erstrebt und heiß umkämpft wurden, und daß sie mit Einführung der Geschworenen- und Schöffengerichte ja auch ihr Ziel erreicht hätten. Man könnte weiter sagen, worauf *Groth* [1]) kürzlich noch hingewiesen hat, daß sich eben jetzt auf unserem Gebiete nur das gleiche wiederhole, was sich damals auf dem Gebiete des allgemeinen Rechtslebens abgespielt hat.

Immerhin ist dieser Vergleich nicht ganz zutreffend. Einmal hat man ja mit der Mitwirkung des Laienelementes in der Rechtspflege inzwischen reichliche Erfahrungen gesammelt, Erfahrungen, die mit solch zwingender Logik sprechen, daß heute wohl kein vernünftiger Mensch mehr eine noch weitere Ausdehnung dieses Prinzipes in der

[1]) *Groth*, „Die gesetzliche Regelung der Irrenfürsorge in Preußen“. Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswesen Bd. 22, 1921, H. 13, S. 394.



Justiz fordert, und daß kürzlich erst noch eine wesentliche Einschränkung der Laienmitwirkung stattfinden konnte, ohne daß sich die Öffentlichkeit irgendwie darüber aufgeregt hätte.

Ein zwingender Grund, nun auf einem umschriebenen Sondergebiet des Rechtslebens die Laienmitwirkung im weitesten Umfange einzuführen, besteht auf Grund dieser Erfahrungen doch zunächst wohl nicht.

Weiterhin ist die Mitwirkung von Laien bei der Rechtssprechung etwas Uraltes und an sich etwas recht Naheliegendes, da es sich vielfach um Dinge handelt, bei denen das innerste Rechtsempfinden des Menschen, das tief eingewurzelte Gerechtigkeitsgefühl zum Ausdruck kommt, jenes Recht, das mit uns geboren, und das, namentlich in deutschen Landen, seit langem deshalb in einem gewissen Gegensatze zu dem Berufsrichtertum steht, weil unser geltendes Recht sich in vielen Dingen aufbaut auf dem römischen Rechte, jenem reinen Sachenrechte, das für germanisches Ehrempfinden und für so viele andere Imponderabilien kein richtiges Verständnis hat. Es ist daher historisch begründet, wenn das Volk sein uraltes Rechtsempfinden diesem römischen Sachenrechte, also den Berufsjuristen gegenüber zur Geltung bringen will, und man muß dieses Bestreben durchaus als berechtigt anerkennen.

Ganz anders in psychiatrischen Dingen. Auch hier stehen sich einander gegenüber die Meinung, die das Volk von dem Geisteskranken hat, als einem gemeingefährlichen oder lächerlichen Individuum, und die Meinung der Psychiatrie. Nur mit dem Unterschiede, daß hier die Volksmeinung zwar ebenfalls alt, aber falsch und unberechtigt ist und in ihren Konsequenzen zu einer Grausamkeit gegenüber den Geisteskranken führt, die mit modernem, menschlichen Empfinden nicht mehr vereinbar ist.

Zu allem aber kommt hier noch hinzu, daß die Mitwirkung von Laien bei der Beaufsichtigung und Kontrolle der Pflege Geisteskranker ja nicht etwas Neues ist, das erst erkämpft zu werden brauchte, sondern etwas, das im weitesten Umfange schon besteht, wie in den vorhergehenden Ausführungen im einzelnen dargelegt wurde.

Kein vernünftiger Irrenarzt wird sich heute mehr gegen die Mitwirkung des Laienelementes sträuben, sondern freudig diese günstige Gelegenheit benutzen, möglichst weiten Kreisen des Volkes Einblick in die wirkliche Lage der Dinge zu gewähren und zu zeigen, daß hinter den Mauern der Irrenanstalt, — die vielfach auch heute schon nur mehr aus leichten Holzzäunen bestehen —, nichts ist, was das Licht der Öffentlichkeit zu scheuen hätte.

Der Vergleich mit der Einführung des Laienelementes in die Rechtsprechung ist also nur sehr bedingt zulässig.

Dazu kommt noch ein weiterer Punkt. Justizirrtümer sind vorgekommen und aktenmäßig festgelegt. Noch weit größer ist die Zahl jener Fälle, in denen ein Urteil, das aus formalen Gründen so fallen mußte, mit Recht dem Empfinden weiter Volkskreise widerstrebt.

Es ist aber, wie bereits mehrfach betont, noch nie in Deutschland ein einziger Fall objektiv nachgewiesen worden, in dem es sich um die widerrechtliche Internierung eines geistig gesunden Menschen gehandelt hätte.

Man kann wohl einmal bei einem Grenzzustande verschiedener Meinung darüber sein, ob hier eine Anstaltsbehandlung schon notwendig oder ob man den Kranken vielleicht gerade eben noch versuchsweise außerhalb der Anstalt belassen kann, oder umgekehrt, ob ob man ihn in der Anstalt noch zurückbehalten, oder schon den Versuch einer Entlassung machen soll.

Es mag vorkommen, daß solche Grenzfälle, für die die Ärzte die Anstaltsbehandlung für zweckmäßig gehalten haben, schließlich doch draußen lebten, ohne erst einen anderen Menschen zu ermorden oder sonstiges Unheil anzurichten. Doch trifft das nicht den Kern der Frage. Es soll auf diesen Punkt später noch einmal näher eingegangen werden.

Neißer hat bei der Diskussion über die oben erwähnten Richtlinien von *Schultze* und *Kahl* mitgeteilt, daß z. B. in Schlesien in 35 Jahren unter jährlich etwa 4000 Aufnahmen, im ganzen also unter etwa 140 000 Fällen nur ein- bis zweimal die Frage der widerrechtlichen Internierung überhaupt ernstlich aufgeworfen und auch dann zugunsten der Ärzte entschieden worden sei (z. B. „Fall Lubecki“, s. Kunowski l. c.).

Viel häufiger ist der umgekehrte Fall, daß man sich im Zweifel gegen eine Anstaltsaufnahme oder für eine verfrühte Entlassung entscheidet, und daß dann ein schweres Unheil die Folge ist.

Auch für die Privatanstalt und ihre ärztlichen Leiter gilt das Gesagte in gleicher, wenn nicht in verstärkter Weise; ein solcher Anstaltsleiter wird sich sehr hüten, auch nur die geringste Inkorrektheit zu begehen auf die Gefahr hin, seine Konzession zu verlieren oder doch wenigstens wirtschaftlich ruiniert zu sein. So gut, daß dieses Risiko darin enthalten wäre, pflegen selbst die üblichen „verbrecherischen Angehörigen“ nicht zu zahlen. Privatanstalten sind deshalb

erfahrungsgemäß bei der Aufnahme von Kranken noch viel vorsichtiger als öffentliche Anstalten.—

Nun zu den Einzelheiten des Entwurfes. Dieser Entwurf war noch nicht einmal das, was er zu sein vorgab — ein Irrenschutzgesetz.

Wie oben schon anläßlich des bayrischen Entwurfes erwähnt, suchte er in einseitigster und tendenziösester Weise allein nur die angeblich Kranken vor widerrechtlicher Internierung in der Irrenanstalt zu schützen, er schützte aber nicht die wirklich Kranken außerhalb der Anstalt. —

Er faßte die Begriffe „persönliche Freiheit" ganz einseitig auf, allein als die rein äußerliche, mechanische Bewegungsfreiheit; dabei vergaß er ganz, daß die wirkliche Freiheit, die Möglichkeit auf Grund einer freien Willensbestimmung, auf Grund geordneter eigener Erwägungen sein Leben einzurichten, — daß diese den Kranken meist schon lange vorher verloren gegangen ist und nicht erst durch die Anstaltsaufnahme genommen wird. Die rein äußerliche, sachlich nicht mehr begründete Bewegungsfreiheit, diese rein äußerliche Freiheit des Handelns wird von den wirklichen Kranken — und das sind doch schließlich die Mehrzahl —, meist entweder zu ihrem eigenen Schaden, oder zu dem anderer mißbraucht, oder aber, sie wird ihnen von den eigenen Angehörigen oder der Umgebung genommen. Hier sollte ein Gesetz eingreifen.

Gerade wenn der Kranke nicht in die Anstalt kommt, ist er ohne jede behördliche Kontrolle der Willkür, dem Unverstand, der Fahrlässigkeit oder aber auch der Böswilligkeit seiner Mitmenschen ausgesetzt. Auch eigennützige Beweggründe spielen hier nicht selten eine Rolle: Vermögensrechtliche Schiebungen aller Art, wie sie angeblich immer gegen geistig gesunde, widerrechtlich in der Anstalt Internierte begangen werden sollen, sind hier den wirklich Geisteskranken gegenüber, die sich nicht in der Anstalt befinden, die auch nicht den Schutz einer Entmündigung oder Pflegschaft genießen, wahrscheinlich an der Tagesordnung.

Oder aber, der Kranke wird eingesperrt — im Hühnerstalle oder in Schweinekoben — alljährlich gehen wohl mehrere derartige Fälle durch die Tagespresse—, oder er wird mißhandelt, gefesselt, verprügelt, oder aber es kümmert sich überhaupt niemand um ihn, und er verkommt. Wir Irrenärzte sehen oft bei den Kranken, die dann — viel zu spät — in die Anstalt gebracht werden, die unglaublichsten und grausamsten Bilder: in tiefster Verwahrlosung, von Ungeziefer wimmelnd, von Schmutz starrend, voll blauer Flecken, Striemen, Beulen

und Abszessen kommen die Kranken an, und das erste warme Bad nach langer Zeit und das saubere Bett ist ihnen wie eine Erlösung.

Eine Kranke kam z. B. in Lumpen gehüllt und hatte sich die Beine und den ganzen Rumpf mit Packpapier umwickelt, hatte sich zum Schutze gegen ihre Sinnestäuschungen mit Suppentellern gepanzert und monatelang in dieser „Kleidung" gelebt; einer anderen war ein Ring tief ins Fleisch geeitert und heute noch ist der Finger von Narben krumm verzogen; wieder eine andere, die vollkommen hilflos ankam, hatte Nägel an den Zehen, die als dicke Krallen bis zu 5 und 6 cm gewachsen und zur Seite gebogen waren und abgesägt werden mußten; gehen konnte die Kranke wohl schon seit Jahren nicht mehr. Dies sind nur ein paar Beispiele aus der eigenen Erfahrung des Verfassers und aus ganz kurzer Zeit, Beispiele, die jeder Irrenarzt nach Belieben in gleicher Weise vermehren könnte.

Günstigstenfalls werden die Kranken ins heimatliche Spritzenhaus eingesperrt oder kommen in kleine Landkrankenhäuser, wo man sie in „Zellen" verkommen läßt, „an den Gurt" legt, sonstwie fesselt oder in Zwangsjacken steckt. Wie oft dies alles vorkommt, darüber gibt es leider keine Statistik [1]).

Hier brauchen wir, wie schon der Entwurf von *Schultze* und *Kahl* verlangte, ein „Irrenfürsorgegesetz", eine Kontrolle durch die Fürsorge- und Wohlfahrtsämter, bzw. durch hauptamtlich dazu angestellte Irrenärzte.

Die gleiche Kontrolle müßte stattfinden nach der Entlassung, ähnlich wie die Tuberkulösen nach der Entlassung aus der Lungenheilstätte von dem Wohlfahrtsamt weiter betreut werden. Auf den Schutz der geistig Gesunden vor den Kranken sei hier nur andeutungsweise hingewiesen. — Von alledem war in dem Entwurfe nicht mit einem einzigen Worte die Rede. —

Also kein „Irrenschutzgesetz", sondern ein „Irrenfürsorgegesetz" wäre vonnöten. —

Welche Konsequenzen hätte nun aber der letzte Entwurf in der praktischen Durchführung gehabt? Zunächst in der Anstalt. Der Entwurf identifizierte sozusagen den ärztlichen Begriff „geistige Erkrankung" mit „Gemeingefährlichkeit", einem rein juristisch-polizeilichen Begriffe, der sich nicht im geringsten mit jenem deckt, ihn nur ganz wenig überschneidet, und der, wie *Schultze* [2]) einmal sehr

---

[1]) Selbst die drohende Haftpflicht bei Verletzungen, Selbstbeschädigungen oder Selbstmord des Kranken infolge unsachgemäßer Behandlung (Reichsger.-Entscheidung vom 27. XI. 17 (*Voß*, Psych.-neurol. Wochenschrift Bd. 20, S. 194) schreckt hier sonderbarerweise nicht.

[2]) l. c.



richtig sagt, auf die Geschlechtskranken viel eher zutreffen würde, als auf die Geisteskranken.

Der Entwurf ignorierte vollständig die ganze Entwicklung der Psychiatrie in den letzten 100 Jahren; er ignorierte vollständig die Tatsache, daß die rein äußerliche Freiheitsbeschränkung [1]), wie sie in den Anstalten noch geübt werden muß, nur ein Mittel ist, neben zahlreichen anderen, die der Irrenarzt zum Wohle der ihm anvertrauten Kranken anwendet, und dabei noch nicht einmal das Wesentlichste, oder überhaupt ein überall angewandtes Mittel. Er vergaß vollkommen die offenen Häuser, die offenen Abteilungen, die grundsätzliche Durchführung des No-restraint, er vergaß alle die Freiheiten wie Geländefreiheit, Stadturlaub u. a. m. Nach dem Entwurf sollte die Anstalt ein polizeiliches Verwahrungshaus sein, fast ausschließlich für gemeingefährliche Geisteskranke, oder für solche, die amtlich als „verrückt" abgestempelt sind. Die wenigen freiwilligen Aufnahmen wären zahlenmäßig selbstverständlich überhaupt nicht mehr in Betracht gekommen.

Alle die Bemühungen der Irrenärzte, die Mauern der Irrenanstalt niederzureißen und Fühlung mit der Außenwelt zu gewinnen, — all das Bestreben der Anstalt, Krankenhaus zu sein und nichts als Krankenhaus um der Kranken willen, ein Krankenhaus wie jedes andere auch, zur Behandlung und Heilung seiner Patienten, — alle Bemühungen, das veraltete Vorurteil zu bekämpfen, das auch heute noch in kritiklosen Kreisen jedem unserer Kranken den Makel der Irrenanstalt aufdrückt, und das durch verspätete Anstaltsbehandlung oder verfrühte Entlassung schon so viel Unheil angerichtet hat, — alles das, die ganze moderne Entwicklung des Irrenwesens wäre rücksichtslos niedergetrampelt, die Irrenanstalt wäre wieder degradiert worden zu dem, was sie vor 100 Jahren war, und was sie in der voreingenommenen Meinung weiter Kreise leider heute noch sein soll, zu einem Parallelinstitut des Zuchthauses, aus dem sie hervorgewachsen, degradiert zu einer „Rumpelkammer unsozialster Elemente", wie *Försterling* [2]) derb aber zutreffend sich ausdrückte.

Der Entwurf degradierte weiterhin den Kranken zu einem amtlich abgestempelten „Verrückten". Der Makel der Irrenanstalt

---

[1]) Gemeint ist selbstverständlich hier nicht die mechanische Beschränkung durch „Zwangsjacke", „Zelle", „Gurt" u. ä., die in einer modernen Anstalt überhaupt nicht mehr vorkommt, sondern die mehr juristische Tatsache der Einschließung.

[2]) l. c.



wäre ihm wie ein unauslöschlicher Stempel aufgedrückt worden und hätte ihm die Rückkehr ins bürgerliche Leben außerordentlich erschwert, wenn nicht unmöglich gemacht. Erinnert sei auch an das Reichsgerichtsurteil vom 5. 7. 08 (vgl. S. 61) das derartige amtlich eingewiesene Kranke als „Gefangene" im Sinne der §§ 120 u. 347 StGB. erklärt.

Man muß wissen, welche Schwierigkeiten jetzt schon ein Geheilter oft hat, wenn er wieder Stellung finden will. — Wenn er aber erst durch ein förmliches gerichtliches Verfahren und durch ein gerichtliches Urteil zur „Irrenanstalt" verurteilt worden wäre, wer hätte ihn dann noch aufnehmen und ihm Arbeit geben wollen? Der Entwurf drängte so dem Kranken einen Schutz auf, der ihm unter allen Umständen hätte schaden müssen, und den die meisten von ihnen bei richtiger Überlegung sich wohl sehr verbeten hätten.

Aber, und das ist die wichtigste Konsequenz: Jeder hätte in Zukunft die Irrenanstalt gescheut wie das höllische Feuer. Jeder, den das Unglück trifft, in seiner Familie einen Geisteskranken zu haben, — einen wirklich zweifelsfreien Geisteskranken, und das kommt doch schließlich auch einmal vor, nicht nur „widerrechtliche Internierungen", — wird doch froh und dankbar sein, wenn es möglich ist, ohne viel Aufhebens in der Öffentlichkeit und ohne künstlich verlängerten Kampf mit dem vielleicht unsinnig widerstrebenden Patienten diesen so schnell wie möglich in das einzig zuständige spezialistische Krankenhaus zu verbringen. „Einen Furunkel am Gesäß zeigt man auch nicht überall herum", wie *Försterling* drastisch sagt. —

Nun aber wäre das Verfahren gekommen, der Kranke hätte widerstrebt, Zeugen benannt, die ganze engere und weitere Verwandtschaft, liebe Freunde, getreue Nachbarn und dergleichen hätten sich eingemengt, — und diese nehmen erfahrungsgemäß immer für den Kranken und gegen die Angehörigen Partei, wenn der Patient nicht gerade tobt, brüllt oder ein offensichtliches Verbrechen begangen hat —, der Verein für Irrenrechtsreform hätte sich aufgedrängt und seinen Vertreter entsendet, der dann seinerseits wieder überall hätte „Erhebungen anstellen" können, die Öffentlichkeit, die Presse wären u. U. hinzugekommen; — man kann sich leicht ausmalen, welch peinliche Situation das alles für eine Familie hätte geben können, den gesamten Familienklatsch zusammen mit recht viel böswilliger Verleumdung sozusagen in aller Öffentlichkeit mühsam widerlegen zu müssen. Semper aliquid haeret. —

Und die Folge? Jede Familie würde selbstverständlich danach

getrachtet haben, nach Möglichkeit die Aufnahme eines Angehörigen in eine Anstalt zu vermeiden; der Kranke würde also nicht so schnell wie möglich dem für ihn einzig geeigneten Spezialkrankenhause zugeführt, sondern in noch weit ausgedehnterem Maße wie bisher wäre er in der eigenen Familie verblieben und wäre all den Gefahren ausgesetzt gewesen, die oben bereits geschildert wurden, einschließlich denen des Selbstmordes.

In größeren Städten wäre der Verlauf vielleicht etwas anders gewesen: Die Überfüllung der meisten Irrenanstalten hätte sich gemildert, mit der Zeit aber hätte die Zahl der Kranken immer mehr abgenommen, das ganze große, in den Anstalten investierte Kapital an Geld, Menschen und wissenschaftlicher Erfahrung hätte zum großen Teile brach gelegen. Alle Krankenhäuser dagegen, die keine psychiatrischen Abteilungen haben, wären überfüllt gewesen von Geisteskranken, — (diejenigen mit psychiatrischen Abteilungen hätten ja als Irrenanstalten gelten müssen). — Es wäre dort schließlich dann alles auf das gleiche hinausgekommen wie in den kleinen Krankenhäusern: ungeeignetes, unerfahrenes ärztliches und Pflegepersonal, mangelnde bauliche Einrichtungen, dazu die Überfüllung und schließlich Zwangsmaßregeln und Mißhandlungen.

Mit großen Kosten hätte man in den allgemeinen Krankenhäusern heimlich große Irrenabteilungen schaffen müssen, die nach außen hin keine Irrenabteilungen hätten sein dürfen, während auf der anderen Seite, wie gesagt, die schon vorhandenen Irrenanstalten mehr oder weniger leer stünden; — eine doppelte Geldverschwendung, die sich unser Vaterland in den heutigen Zeiten wirklich nicht leisten könnte.

Von diesen üblen Folgen wären aber in erster Linie diejenigen Kranken betroffen worden, die der sachgemäßen, fachärztlichen Behandlung am bedürftigsten sind, und die andererseits die besten Heilungsaussichten bieten, die aber erfahrungsgemäß gerade für sich oder ihre Umgebung die allergefährlichsten sind: Manisch-Depressive, Cykloide, Hysterische, Schizoide, Psychopathen, leicht Schwachsinnige mit vorübergehenden Erregungszuständen, ferner Alkohol-, Morphium-, Kokainkranke usw. Für alle diese stellte der Entwurf eine gesetzliche Zwangsjacke dar, wie sie schlimmer kaum gedacht werden könnte, und der sich jeder nach Möglichkeit zu entziehen gesucht hätte. Eine Zunahme von Selbstmorden und anderen Schreckenstaten Geisteskranker, eine schwere Schädigung der öffentlichen Gesundheit wäre die notwendige Folge gewesen, — wenigstens

solange, bis die nötige Umgehung des Gesetzes richtig funktioniert hätte —, von den übrigen oben erwähnten Schädigungen für die Kranken selbst, von Verwahrlosung und unkontrollierbaren vermögensrechtlichen Schädigungen ganz abgesehen.

Man darf auch nicht sagen, solche „Stadtasyle" zur „vorläufigen" Unterbringung und zur „Beobachtung" zweifelhafter Fälle, um diesen die Irrenanstalt zu „ersparen", seien an sich wünschenswert, da die Dauer der Internierung dort doch nur kurz sei. Ganz abgesehen davon, daß man letzteres nach den seitherigen Erfahrungen etwas bezweifeln muß, wäre ein solcher Einwand unlogisch, denn die Dauer der „Freiheitsberaubung" hat mit dem Begriff als solchem gar nichts zu tun[1]). Im übrigen ist es den Irrenärzten gerade jetzt erst einigermaßen gelungen, den verhängnisvollen Unterschied zwischen „Heil-" und „Pflege"-Anstalt einigermaßen zu verwischen, und schon würde so eine neue Schranke errichtet, und alles, was hinter derselben liegt, aufs neue degradiert im Sinne dieses Entwurfes und in verstärktem Maße dem Fluche des Vorurteils ausgeliefert, — von den oben dargelegten sachlichen Bedenken gegen solche mehr oder weniger verkappten Irrenabteilungen ganz zu schweigen[2]). —

Die in dem Gesetz vorgesehenen „freiwilligen Aufnahmen" wären überhaupt nur eine mehr oder weniger schön aussehende Geste gewesen; nach den hier vorgesehenen Bestimmungen wäre dies wohl praktisch kaum in Erscheinung getreten. Es wäre wohl nie vorgekommen, daß ein Kranker zwar geisteskrank ist, aber doch so weit geschäftsfähig, daß er in der gewünschten Weise die Tragweite seiner Handlungen übersieht, und daß er dann trotzdem seine Aufnahme in eine dieser oben des näheren charakterisierten polizeilichen Verwahrungsanstalten beantragt hätte. —

Und schließlich noch ein Punkt: Oben wurde schon auf die indirekte, sicherlich nicht ausbleibende, unsinnige Geldverschwendung hingewiesen; die Kosten des direkten gerichtlichen Verfahrens in jedem einzelnen Falle, die Ausgaben für den ganzen großen Apparat wären ebenfalls nicht gering gewesen und hätten sich schwer mit unserer so heroisch auf Ersparnis ausgehenden Justizreform vertragen.

Über das Beschwerdeverfahren ist wenig zu sagen. Es entsprach im wesentlichen dem *Schultze-Kahl*schen Entwurf, von dessen Geiste in den „Grundzügen" im übrigen allerdings kaum ein Hauch zu ver-

[1]) Vgl. *Schultze* l. c.
[2]) Vgl. auch Teil VII.



spüren war. Wir Irrenärzte haben eine Kontrolle nicht zu fürchten, wenn sie sachgemäß ausgeübt wird. Dann ist es uns gleichgültig, ob eine Irrenkommission oder ein gerichtliches Verfahren nach Art der Entmündigung die Beschwerden der Kranken nachprüft; aber man beschränke diesen Schutz auf diejenigen Patienten, die in der Form einer Beschwerde selbst danach verlangen, man verschone aber alle die übrigen damit, die man mit einem solchen Bärendienste doch nur sozial, wirtschaftlich und gesellschaftlich totschlägt.

Alle diese eben dargelegten unmöglichen Konsequenzen wurden aber nun gewissermaßen gegenstandslos gemacht durch die Tatsache, daß in § 8, sinngemäß ebenso wie in allen ähnlichen Gesetzen, die Möglichkeit gegeben war, alles das vorher Angeordnete praktisch mehr oder weniger illusorisch zu machen, wenn man nur die Ausnahme zur Regel werden ließ.

Aber auch selbst dabei müßte man letzthin doch immer wieder auf die Erfahrung der wirklich Sachverständigen zurückgreifen. Dann hätte man doch lieber von vornherein das nötige Vertrauen zu ihnen haben sollen, es hätte dann dieses ganzen umständlichen und kostspieligen Apparates überhaupt nicht bedurft.

Während aber der Entwurf dem Arzte keinerlei Urteil zugestand bezüglich der Entscheidung über die Anstaltspflegebedürftigkeit bei der Aufnahme, gab er ihm umgekehrt fast unumschränkte Vollmacht zur Entlassung, — auch gegen den Willen des Gerichtes, — wenn er eine Geisteskrankheit als nicht mehr vorhanden ansah, — also möglichste Erschwerung der Anstaltsaufnahme, möglichste Erleichterung der Entlassung! — Über diesen Widersinn ist wohl kein Wort mehr zu verlieren. —

Zusammenfassend also könnte man sagen: Der Entwurf beruhte nicht auf einer verständnisvollen Durcharbeitung der ihm zu Grunde liegenden Gesetze und Gesetzesentwürfe anderer Länder, er beruhte nicht auf Kenntnis der wirklichen Verhältnisse, und er war ohne jede juristische Logik und Konsequenz zusammengestellt; es hatte sicherlich weder ein wirklich sachverständiger Irrenarzt noch ein Jurist von irgend welchen Qualitäten bei seiner Abfassung mitgewirkt. Man hatte in einseitigster und tendenziösester Weise ein Ausnahmegesetz gegen die deutschen Irrenärzte geschaffen, man hatte die sachlich nicht begründeten, tendenziös übertriebenen Forderungen einer kleinen Gruppe unverantwortlicher und weltfremder Phantasten in einer für die deutschen Irrenärzte ehrkränkenden Form erfüllt.

Man hatte dazu unter Mitwirkung dieser Leute, — [wozu hierbei

20 und mehr Konferenzen erforderlich waren, ist allerdings schwer einzusehen,] — einfach aus bereits anderweitig vorhandenen Gesetzen das herausgegriffen, was am psychiaterfeindlichsten war und hatte es zu einem unorganischen Ganzen zurecht gestutzt. Aus dem *Schultze-Kahl*schen und dem bayrischen Entwurf nahm man das Beschwerdeverfahren und das Amtsgericht, ließ aber aus dem bayrischen Entwurf die Fürsorge für die Kranken außerhalb der Anstalt grundsätzlich außer acht. Aus dem österreichischen Entwurf nahm man die Entscheidung des Amtsgerichts über die Aufnahme, ferner die von kleinlichstem Mißtrauen zeugenden Bestimmungen über verwandtschaftliche Beziehungen usw. Aus dem badischen Gesetz schließlich nahm man die vorherige Entscheidung vor der Aufnahme und übertrug dies auf das Amtsgericht; weil aber die praktische Undurchführbarkeit einer derartigen Regelung wohl auch dem voreingenommensten Laien klar geworden war, mußte man aus dem badischen Gesetze die Ausnahmebestimmungen mit hereinnehmen, um den Entwurf nicht von vornherein zur Unmöglichkeit zu verurteilen, und hätte dann praktisch im besten Falle das gleiche erzielt, was dort erreicht ist.

Es ist nur erfreulich, — andererseits aber auch charakteristisch für die fachliche Vorbildung und die wissenschaftliche Gründlichkeit jener Mitglieder des Vereins für Irrenrechtsreform, die wohl als die geistigen Väter des Entwurfes anzusehen sind, — daß sie anscheinend keine Ahnung von außerdeutschen Irrengesetzen hatten, insbesondere von dem englischen, dem holländischen, dem spanischen und dem italienischen, — nirgends findet sich in der „Irrenrechtsreform" auch nur der leiseste Hinweis auf jene Länder. — Wir sind stolz darauf, daß wir in Deutschland derartige „Zwangsgesetze" nicht nötig haben, und daß wir sie nicht haben, und wir vertrauen darauf, daß der gesunde Sinn unseres Volkes einen derartigen kulturellen Rückschritt nicht zulassen wird. —

Der Reichsgesetzentwurf vom Jahre 1923 war für die deutschen Irrenärzte unannehmbar. Wäre er dennoch wider Erwarten Gesetz geworden, oder sollte einem ähnlichen Gesetzentwurf dies später je einmal beschieden sein, so wird voraussichtlich das einmütige Zusammenhalten der gesamten Irrenärzte ein solches Gesetz in kürzester Zeit zu Fall bringen; wir haben eine äußerst scharfe Waffe in der Hand in einer Art von umgekehrter passiver Resistenz.

Wir brauchten ein solches Gesetz nur rein wörtlich zu befolgen, ganz genau nach dem Sinne des Gesetzgebers und seiner Hintermänner, wir brauchten nur den berühmten § 8 des Entwurfes oder einen ent-

sprechenden neuen Paragraphen als das aufzufassen, was er ursprünglich sein sollte, nämlich als seltene Ausnahme, und uns zu weigern, unsere Hand dazu zu bieten, durch dieses Hintertürchen eine Lebensmöglichkeit für das Gesetz hereinzulassen. Die Folgen wären bei der jetzt bereits erreichten hohen Entwicklung des deutschen Irrenwesens unübersehbar. —

Wir Irrenärzte könnten diese Möglichkeit ruhig an uns herantreten lassen, ein solches Gesetz würde sich von selbst sehr rasch ad absurdum führen. —

Ganz gleichgültig aber, ob eine neue Regelung im Reiche oder in einzelnen Ländern des Deutschen Reiches jetzt oder später einmal erfolgt: Auf jeden Fall fordern wir deutschen Irrenärzte Vertrauen in unsere Tätigkeit und Anerkennung für das seither Geleistete. Wir haben ein Recht auf solches Vertrauen und haben nicht nötig, es uns jetzt erst langsam zu verdienen [1]).

Irrenärzte waren es, die die Kranken in den letzten 100 Jahren von Fesseln und Peitschen und aus dem Zuchthause befreiten, die sie in ein modernes Krankenhaus überführt und ihnen ein menschenwürdiges Dasein bereitet haben, nicht Juristen, Politiker, Irrenrechtsreformer, Kurpfuscher, Phantasten und querulierende Geisteskranke; und wenn diese Entwicklung an manchen Stellen langsamer vor sich ging, als es wünschenswert gewesen wäre, so waren finanzielle und sonstige Hemmungen der Grund, für die die Irrenärzte nicht verantwortlich gemacht werden dürfen, Hemmungen, deren Überwindung gerade ebenfalls ein Ruhmesblatt der deutschen Psychiatrie darstellt.

Wenn also ein neues Reichsirrengesetz einmal gemacht werden soll, dann nur mit den Irrenärzten und nicht gegen sie. —

Im Anschluß an Ausführungen solcher Art wurde damals nach kurzer Diskussion von der hamburgischen forensisch-psychologischen Gesellschaft folgende Entschließung gefaßt, die wohl eine autoritative Kritik des Entwurfes darstellt. Sie wurde an den Herrn Reichsminister des Innern in Berlin weiter geleitet und wird vielleicht ebenfalls einen gewissen Anteil an der Zurückziehung des Entwurfes beanspruchen dürfen. —

---

[1]) Die Zitierung dieser Stelle ohne den übrigen Zusammenhang durch *Groth* (l. c.) ist mißverständlich. Ich habe mich auch früher stets für eine entsprechende Mitwirkung von Laien ausgesprochen. (Vgl. auch Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 27, 1925, S. 79, sowie Teil V, S. 176 u. 188 und Teil VII, S. 203.)

An den Herrn Reichsminister des Innern,
Berlin.

Die forensisch-psychologische Gesellschaft in Hamburg, eine wissenschaftliche Gesellschaft, die sich aus Juristen und Ärzten, vornehmlich psychiatrisch gebildeten, zusammensetzt, hat sich in ihrer Sitzung vom 28. III. 24 mit den „Grundzügen" des Reichsministeriums des Innern zu einem Schutzgesetz für Geisteskranke (Irrenschutzgesetz) I. M. II. 2425 beschäftigt.

Nach Vorträgen des Privatdozenten an der Hamburger Universität Dr. med. *Rittershaus* und des Rechtsanwaltes [1]) Dr. *Walter Fischer* und nach stattgehabter Besprechung hat die Gesellschaft die anliegende Entschließung gefaßt, welche ich die Ehre habe, dem Herrn Reichsminister des Innern zu überreichen.

gez. Ipsen,
Oberlandesgerichtspräsident.

Entschließung.

Die forensisch-psychologische Gesellschaft Hamburg lehnt den vorliegenden Entwurf der „Grundzüge zu einem Schutzgesetz für Geisteskranke (Irrenschutzgesetz)" als ungeeignet ab; sie bedauert, daß die Reichsbehörden Grundzüge von einem so einseitigen Standpunkte aus aufgestellt haben.

I.

Die Regelung des Schutzes der Irren, insbesondere die Bestimmungen über die Aufnahme von Geisteskranken in Anstalten, mit denen sich der Entwurf ausschließlich beschäftigt, ist vorwiegend Sache der Verwaltung. Gegen eine einheitliche Regelung im Wege des Reichsgesetzes bestehen Bedenken nicht. Für die richterliche Tätigkeit ist jedoch Raum nur im Rahmen der Verwaltungsgerichtsbarkeit.

Der Entwurf erfüllt die an einen Gesetzentwurf zu stellenden Anforderungen in keiner Weise.

II.

Der Entwurf läßt die ganze Entwicklung des deutschen Irrenwesens außer acht.

1. Er ist kein „Irrenschutzgesetz", denn er behandelt nur die Unterbringung der Geisteskranken in Krankenanstalten, ohne sich mit der übrigen, wesentlich wichtigeren Frage des Schutzes der Geisteskranken nur irgendwie zu beschäftigen.
2. Der Entwurf macht aus den Irrenanstalten Verwahrungsanstalten fast nur für gemeingefährliche Geisteskranke und für Patienten, deren Krankheit durch einen Gerichtsbeschluß amtlich festgestellt ist. Er entkleidet die Anstalten ihres Krankenhauscharakters und wirft die moderne Entwicklung des Irrenwesens, bei der die äußere Freiheitsbeschränkung nur ein, nicht einmal wesentlicher Punkt ist, und die vor allem die Behandlung und Heilung der Kranken erstrebt, um viele Jahrzehnte zurück.

[1]) Jetzt ebenfalls Professor an der Universität.

3. Durch den Entwurf werden die Anstaltsinsassen als Geisteskranke amtlich abgestempelt; dadurch wird ihnen die Rückkehr ins bürgerliche Leben nach erfolgter Heilung und somit die Heilung selbst in unverantwortlicher Weise erschwert. Der Entwurf drängt den Kranken einen „Schutz" auf, der ihnen schadet.
4. Der Entwurf verzögert, ja verhindert die rechtzeitige Aufnahme zahlreicher Kranker, namentlich der leichteren und heilbaren Fälle.

III.

Erstrebenswert ist nicht ein Irrengesetz im Sinne des Entwurfes, sondern ein Fürsorgegesetz für Geisteskranke.

1. Dieses Gesetz soll den Kranken außerhalb der Anstalt vor vermögensrechtlicher Ausbeutung, vor Verwahrlosung, Mißhandlung, Kriminalität und Selbstmord schützen. Das ist zu erreichen durch die verstärkte Betonung des Krankenhauscharakters der Anstalt, durch möglichste Erleichterung der Aufnahme und dadurch, daß diejenigen, welche gegen ausdrücklichen ärztlichen Rat oder sonst aus grober Fahrlässigkeit die Anstaltsbehandlung verzögern oder eine vorzeitige Entlassung herbeiführen, für jeden etwaigen, den Kranken oder anderen Personen erwachsenden Schaden haftbar gemacht und gegebenenfalls mit strafrechtlicher Verfolgung bedroht werden.
2. Der Schutz der Anstaltsinsassen ist auf die Sicherheit dafür zu beschränken, daß alle Anträge und Beschwerden den zuständigen Stellen zuverlässig zugeleitet werden, und daß die Aufsichtsstellen das Schicksal der internierten Geisteskranken von sich aus nachprüfen. Ein Ausbau des Beschwerderechtes im Sinne der Vorschläge von *Schultze* und *Kahl* erscheint angebracht. —

Ähnliche Entschließungen dürften auch von anderer Seite zahlreich an die zuständigen Stellen gelangt sein, dies eine Beispiel möge genügen.

Auch die einzelnen Landesregierungen sprachen sich wohl übereinstimmend in ablehnendem Sinne aus, und noch im Frühjahr 1924 wurde der Entwurf von der Regierung zurückgezogen.

Reichsgesetzentwurf vom Jahre 1923.

Zu T. M. II. 2425.

Grundzüge zu einem Schutzgesetz für Geisteskranke. (Irrenschutzgesetz)

1. Als Irrenanstalten gelten alle öffentlichen oder privaten Krankenanstalten, in denen für den gesamten Anstaltsbereich oder für einzelne Abteilungen mit der Unterbringung von Geisteskranken bis zu deren Entlassung der gänzliche oder beschränkte Verlust der persönlichen Freiheit verbunden ist.

2. Ein Geisteskranker darf ohne oder gegen seinen Willen für vorübergehende Zeit oder für die Dauer in einer Irrenanstalt [1]) untergebracht werden, wenn das zuständige Amtsgericht die Unterbringung auf Antrag oder von Amtswegen durch Beschluß anordnet.

   Der Eintritt in eine Irrenanstalt kann auch freiwillig erfolgen, sofern der Kranke volljährig und nicht entmündigt ist.

   Als Geisteskranke im Sinne dieser Grundzüge gelten auch Geistesschwache.

3. Berechtigt zur Stellung des Antrags auf Unterbringung eines Kranken in einer Irrenanstalt sind:
   a) bei minderjährigen und entmündigten Kranken der gesetzliche Vertreter;
   b) bei volljährigen nicht entmündigten Kranken die Eltern, Voreltern, Abkömmlinge, der Ehegatte, soweit die Ehe noch besteht, und die Geschwister;
   c) beim Fehlen oder bei Verhinderung der unter a und b aufgeführten Antragsberechtigten die mit der Fürsorge für den Kranken befaßten Behörden und sonstigen öffentlichen Organe sowie die übrigen Verwandten und Verschwägerten;
   d) bei Kranken, die im armenrechtlichen Sinne hilfsbedürftig sind, der unterstützungspflichtige Armenverband;
   e) bei Fürsorgezöglingen die die Fürsorge leitende Behörde;
   f) bei aktiven Militärpersonen die vorgesetzte Militärbehörde.

4. Der Antrag auf Unterbringung eines Kranken in einer Irrenanstalt ist schriftlich bei dem zuständigen Amtsgericht einzureichen oder dort zu Protokoll zu erklären; er muß von dem Antragsteller eigenhändig unterschrieben sein.

   Zuständig ist das Amtsgericht, in dessen Bezirk der Kranke seinen allgemeinen Gerichtsstand hat, in Ermangelung eines solchen das Amtsgericht des Anstaltsortes.

   Zu dem freiwilligen Eintritt eines volljährigen nicht entmündigten Kranken in eine Irrenanstalt bedarf es eines schriftlichen Antrags des Kranken; der Antrag ist an den Leiter der Anstalt zu richten oder dort zu Protokoll zu erklären.

5. Dem Antrag [2]) sind 2 ärztliche Zeugnisse beizufügen, die von 2 im Deutschen Reiche approbierten Ärzten je besonders ausgestellt sind. Die Ärzte dürfen mit dem Kranken nicht im I. oder im II. Grade verwandt oder verschwägert sein; auch darf keiner von ihnen Arzt der Irrenanstalt sein, in der die Unterbringung erfolgen soll, zu der Anstalt in geschäftlicher Beziehung stehen oder an den Zahlungen des Kranken Anteil haben.

   Die Zeugnisse müssen auf Grund einer nicht länger als 2 Wochen zurückliegenden persönlichen Untersuchung und, soweit eine Ver-

---

[1]) Also auch in der dazugehörigen offenen Abteilung nur unter diesen Voraussetzungen?

[2]) Welchem? Zu § 4 Abs. 1 oder Abs. 3 oder beiden?

nehmung des Kranken möglich ist, auf einer solchen Vernehmung [1]) beruhen; sie müssen das Bestehen einer Geisteskrankheit und die Notwendigkeit der Unterbringung in einer Irrenanstalt bescheinigen sowie die Zeit und den Ort der Untersuchung, den Grund der Ausstellung, die Angaben des Kranken und den ärztlichen Befund erkennen lassen.

6. Die Entscheidung für die Unterbringung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt ohne oder gegen seinen Willen erfolgt, abgesehen von den in Ziffer 3 [2]) vorgesehenen Fällen, ausschließlich durch das Amtsgericht.

   Unberührt bleiben die im Straf- oder im Entmündigungsverfahren ergehenden gerichtlichen Entscheidungen auf zeitliche Beobachtung des Kranken in einer Irrenanstalt sowie die nach Freisprechung aus § 51 des Strafgesetzbuchs vom Gericht [3]) angeordnete zeitlich unbeschränkte Unterbringung in einer Irrenanstalt; das Gleiche gilt für die auf Anordnung des Vormundschaftsgerichts erfolgende Unterbringung von Zwangszöglingen oder von solchen Personen in Irrenanstalten, über die das Zwangserziehungsverfahren eingeleitet ist.

   Erscheint der Antrag begründet, so ordnet das Amtsgericht die Unterbringung des Kranken in der Irrenanstalt an. Andernfalls hat es nach freiem Ermessen weitere Erhebungen zu veranlassen, wenn tunlich, eine Vernehmung des Kranken selbst vorzunehmen, gegebenenfalls dessen nochmalige Untersuchung durch andere Ärzte (Psychiater, beamteten Arzt) herbeizuführen und Zeugen und Sachverständige zu vernehmen; auch kann es eine vorläufige Beobachtung des Kranken in einer Irrenanstalt auf die Höchstdauer von 6 Wochen anordnen.

7. Von Amtswegen kann das Amtsgericht die Unterbringung solcher Geisteskranken in einer Irrenanstalt anordnen, die für sich selbst oder für andere Personen oder in wesentlichem Umfange für das Eigentum gefährlich oder für die öffentliche Sittlichkeit anstößig sind (gemeingefährliche Geisteskranke). Das Vorliegen dieser Voraussetzung sowie das Bestehen der Geisteskrankheit und die Notwendigkeit der Unterbringung in einer Irrenanstalt muß auf Grund einer unmittelbar voraufgegangenen persönlichen Untersuchung durch den für den Kranken zuständigen beamteten Arzt oder seinen Vertreter oder durch den leitenden Arzt einer öffentlichen Irrenanstalt oder seinen Vertreter oder durch die Leiter einer psychiatrischen Universitätsklinik festgestellt sein.

8. Läßt in dringenden Fällen die Unterbringung des Kranken in einer Irrenanstalt zu seinem eigenen Schutze oder zum Schutze der All-

---

[1]) Es gibt also auch eine psychiatrische Untersuchung eines Kranken ohne seine „Vernehmung“??

[2]) ??

[3]) Nach dem noch geltenden StGB. geschieht dies nicht durch das Gericht, sondern durch die Polizeibehörde! Das müßte ein amtlicher Gesetzentwurf eigentlich wissen.

gemeinheit einen längeren Aufschub nicht zu, so kann die Polizeibehörde des Wohn- oder Aufenthaltsorts des Kranken die sofortige Unterbringung anordnen, wenn die Geisteskrankheit und die Notwendigkeit der sofortigen Unterbringung zum Zwecke der Heilung des Kranken oder zur Vermeidung von Gefahren für den Kranken selbst oder für andere Personen oder in wesentlichem Umfange für das Eigentum oder für die öffentliche Sittlichkeit von dem für den Kranken zuständigen beamteten Arzt auf Grund einer unmittelbar voraufgegangenen persönlichen Untersuchung durch ein ärztliches Zeugnis bescheinigt worden ist. Kann ein solches Zeugnis vorher nicht beschafft werden, so darf der Leiter der Irrenanstalt den Kranken vorläufig aufnehmen, das Zeugnis muß jedoch spätestens innerhalb 48 Stunden nach der Unterbringung in der Anstalt ausgestellt und dem Leiter der Anstalt zugegangen sein.

Die Unterbringung hat in der Regel in einer öffentlichen Irrenanstalt zu erfolgen. Dabei kann das Zeugnis des beamteten Arztes durch das Zeugnis eines Arztes der Anstalt, in der die Unterbringung erfolgen soll, ersetzt werden.

Ist nach der Lage des Einzelfalles die Unterbringung in einer Privatirrenanstalt erforderlich, so kann das Zeugnis des beamteten Arztes durch ein Zeugnis des Arztes der Privatirrenanstalt ersetzt werden. Der Kranke ist jedoch in diesem Falle binnen 24 Stunden nach der Unterbringung durch den für ihn zuständigen beamteten Arzt zu untersuchen und unverzüglich zu entlassen, wenn dieser die Voraussetzungen für die Unterbringung nicht als gegeben erachtet.

Von der erfolgten Unterbringung hat der Leiter der Irrenanstalt dem zuständigen Amtsgericht und der Staatsanwaltschaft binnen 24 Stunden unter Beifügung der ärztlichen Zeugnisse Anzeige zu erstatten.

Das Amtsgericht hat nach den Bestimmungen unter Ziffer 6 und 9 zu verfahren und die polizeiliche Unterbringung des Kranken entweder für zulässig zu erklären oder sie aufzuheben, letzterenfalls ist die sofortige Entlassung des Kranken anzuordnen.

9. Die Verhandlung vor dem Amtsgericht ist mündlich, aber nicht öffentlich. Zu ihr sind, sofern es sein Zustand erlaubt, der Kranke selbst, sein gesetzlicher Vertreter oder ein von ihm mit der Wahrnehmung seiner Rechte Beauftragter sowie der Antragsteller zuzuziehen und mit ihren Anträgen zu hören. Auch den Verwandten des Kranken kann auf deren Antrag der Zutritt gestattet werden. Jedem gesetzlich oder durch einen Beauftragten nicht vertretenen Kranken ist von dem Amtsgericht für die Verhandlung ein Fürsorger zu bestellen. Ferner ist der Staatsanwaltschaft von jedem Termin Kenntnis zu geben und ihr auf Verlangen zur Wahrnehmung der öffentlichen Interessen die Mitwirkung im Termin zu gestatten.

Dem Kranken darf der Verkehr zur Wahrnehmung seiner Rechte mit den vorerwähnten Personen nicht beschränkt werden.

Der Beschluß des Amtsgerichts ist dem Kranken, seinem gesetzlichen Vertreter, dem von ihm mit der Wahrnehmung seiner

Rechte Beauftragten, dem bestellten Fürsorger und dem Antragsteller zuzustellen; die Zustellung hat ferner an die Staatsanwaltschaft, an den Leiter der Irrenanstalt, in der der Kranke untergebracht werden soll oder in der er sich befindet, sowie an die Polizeibehörde des Wohn- oder Aufenthaltsorts des Kranken zu erfolgen.

10. Gegen den die Unterbringung eines Kranken in einer Irrenanstalt anordnenden Beschluß des Amtsgerichts steht dem volljährigen Kranken, sofern er nicht geschäftsunfähig ist[1]), seinem gesetzlichen Vertreter, dem gerichtlich bestellten Fürsorger sowie den Antragsberechtigten in Ziffer 3 mit Ausnahme des Antragsstellers selbst das Recht der Beschwerde zu. Im Falle der Ablehnung des Antrags auf Unterbringung des Kranken in einer Irrenanstalt hat auch der Antragsteller das Recht der Beschwerde.

Die Einlegung der Beschwerde hat durch Einreichung einer Beschwerdeschrift bei dem Amtsgericht oder durch Erklärung zum Protokoll des Gerichtsschreibers zu erfolgen, und zwar binnen einer Notfrist von 2 Wochen, die mit der Zustellung des Beschlusses, für Antragsberechtigte, an die eine Zustellung nicht zu erfolgen hat, mit der Unterbringung beginnt.

Das Amtsgericht ist zu einer Änderung seines der Beschwerde unterliegenden Beschlusses nicht befugt, sondern hat die Beschwerde vor Ablauf einer Woche dem zuständigen Landgericht vorzulegen. Das Landgericht entscheidet auf Grund mündlicher, nicht öffentlicher Verhandlung in der Besetzung von 3 Mitgliedern endgültig.

Für das Verfahren vor dem Landgericht finden die Vorschriften der Ziffer 6, Abs. 3 und der Ziffer 9 Abs. 1 und 2 entsprechende Anwendung. Zu der Verhandlung ist der Beschwerdeführer, ein von ihm Beauftragter und der in erster Instanz gerichtlich bestellte Fürsorger zu laden; die Verhandlung ist auch bei ihrem Nichterscheinen zulässig. Ferner ist der Staatsanwaltschaft von jedem Verhandlungstermin Kenntnis zu geben und ihr auf Verlangen zur Wahrnehmung der öffentlichen Interessen die Mitwirkung im Termin zu gestatten. Das Landgericht hat seinen Beschluß dem Beschwerdeführer zuzustellen und dem Amtsgericht unter Rücksendung der Akten Mitteilung zu machen. Dieses hat den Kranken, seinen gesetzlichen Vertreter, den Antragsteller, den Leiter der Irrenanstalt, in welcher der Kranke untergebracht werden soll oder in der er sich befindet, und die Polizeibehörde des Wohn- oder Aufenthaltsorts des Kranken von dem Beschluß des Landgerichts zu verständigen.

11. Hat im Falle der Ziffer 8 das Amtsgericht die von der Polizeibehörde angeordnete Unterbringung eines Kranken in einer Irrenanstalt abgelehnt, so steht auch der Polizeibehörde das Recht der Beschwerde zu[2]). Die Vorschriften der Ziffer 10 finden entsprechende Anwendung.

---

[1]) Das soll doch gegebenenfalls gerade durch die Beschwerde festgestellt werden! —

[2]) Gilt hier § 22 oder nicht?

12. Meldet sich ein volljähriger, nicht entmündigter Kranker freiwillig zum Eintritt in eine Irrenanstalt, so darf seine Unterbringung nur bei Vorlegung eines Zeugnisses des für ihn zuständigen beamteten Arztes erfolgen; in dem Zeugnis muß auf Grund einer nicht länger als 2 Wochen zurückliegenden persönlichen Untersuchung des Kranken und einer mit ihm erfolgten Unterredung[1]) das Bestehen einer Geisteskrankheit und die Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit der Unterbringung in einer Irrenanstalt bescheinigt und zugleich ausgesprochen sein, daß der Kranke die Tragweite seines Entschlusses klar übersieht, und daß er für die Unterbringung in einer Irrenanstalt geeignet ist.

    In der Irrenanstalt ist der Kranke binnen 24 Stunden erneut zu untersuchen, dabei ist festzustellen, daß er Verständnis für seine Lage hat und für die Unterbringung in der Irrenanstalt geeignet ist.

    Innerhalb weiterer 24 Stunden hat der Leiter der Irrenanstalt dem zuständigen Amtsgericht und der Polizeibehörde des Wohn- oder Aufenthaltsorts des Kranken und dessen gesetzlichem Vertreter Anzeige zu erstatten. Gleichzeitig sind dem Amtsgericht die ärztlichen Unterlagen abschriftlich mitzuteilen. Nach Ablauf von 4 Wochen nach der Unterbringung und alsdann alle 2 Monate hat der Leiter der Irrenanstalt dem Amtsgericht ein weiteres Zeugnis über das Befinden des Kranken mit der Versicherung einzureichen, daß dieser bisher einen Wunsch auf Entlassung aus der Anstalt nicht geäußert hat. Das Amtsgericht hat, wenn bei ihm keine Bedenken bestehen, den Kranken in der Irrenanstalt zu belassen, oder wenn es dessen Verbleiben in der Anstalt für nicht zweckdienlich hält, mit dem gesetzlichen Vertreter oder einem der Antragsberechtigten in Ziffer 3 zwecks Stellung eines Entlassungsantrags in Verbindung zu treten. Wird ein solcher Antrag gestellt, so hat das Amtsgericht nach den Ziffern 6 und 9 zu verfahren.

13. Soll ein Geisteskranker aus dem Auslande übernommen werden, so genügt zur vorläufigen Unterbringung das Zeugnis des Arztes einer ausländischen öffentlichen Irrenanstalt oder eines deutschen beamteten Arztes. Von der erfolgten Unterbringung hat der Leiter der Irrenanstalt dem Amtsgericht und der Polizeibehörde des Anstaltsorts binnen 24 Stunden Anzeige zu erstatten.

    Das Amtsgericht hat zu prüfen, ob die weitere Unterbringung nach den vorliegenden Bestimmungen statthaft ist. Die Vorschriften der Ziffern 6 und 10 finden entsprechende Anwendung.

14. Soll ein Geisteskranker, der freiwillig in die offene Abteilung[2]) einer Irrenanstalt eingetreten ist, ohne oder gegen seinen Willen aus der offenen in die geschlossene Abteilung überführt werden, so hat der Leiter der Anstalt entweder vor der Überführung oder, wenn ein Aufschub nicht möglich war, binnen 24 Stunden nach der Überführung dem Amtsgericht unter Angabe der Gründe, die für die

---

[1]) Also auch hier die „psychiatrische Untersuchung" ohne „Unterredung"?

[2]) S. Anm. 1 S. 131. Widerspruch!



Überführung maßgebend sind, Anzeige zu erstatten. Das Amtsgericht hat sodann nach den Ziffern 6, 7 und 9 zu verfahren.

15. Die wegen Geisteskrankheit in einer Irrenanstalt untergebrachten Personen dürfen ohne oder gegen ihren Willen dort nicht zurückgehalten werden:
   a) wenn sie nicht geisteskrank sind [1]);
   b) wenn sie geheilt sind;
   c) wenn sie zwar noch nicht geheilt sind, aber der Anstaltspflege und -fürsorge nicht mehr bedürfen, die Entlassung auch keine Gefahr für ihre Person oder für die Allgemeinheit bildet und eine Unterbringung außerhalb der Anstalt sichergestellt ist, die ausreichenden Schutz für ihre und ihrer Angehörigen Sicherheit sowie für angemessene Behandlung und Pflege gewährleistet;
   d) wenn ihre Entmündigung rechtskräftig abgelehnt oder rechtskräftig wieder aufgehoben ist [2]);
   e) wenn die die Unterbringung des Kranken in einer Irrenanstalt anordnende amtliche Verfügung zurückgezogen oder aufgehoben ist;
   f) wenn eine Überführung in eine andere Irrenanstalt in Frage kommt und die Unterbringung in dieser Anstalt sichergestellt ist;
   g) wenn es sich um eine Unterbringung zur vorläufigen Beobachtung in einer Irrenanstalt handelt und die dafür bestimmte Frist abgelaufen, eine Verlängerung aber nicht erfolgt ist.

16. Der in einer Irrenanstalt untergebrachte Kranke kann jederzeit seine Entlassung aus der Anstalt beantragen. Das gleiche Recht steht dem gesetzlichen Vertreter des Kranken und den Antragsberechtigten in Ziffer 3 zu. Der Antrag ist schriftlich bei dem Leiter der Irrenanstalt zu stellen. Eines besonderen Antrags bedarf es nicht, wenn in den Fällen der Ziffer 15 a und b der Leiter der Irrenanstalt selbst den in der Anstalt Untergebrachten als nicht geisteskrank oder als geheilt erkannt hat und deshalb seine Entlassung für unbedenklich erachtet. Die Entlassung ist durch den Leiter der Irrenanstalt zu bewirken und von ihm dem zuständigen Amtsgericht, der Staatsanwaltschaft und der Polizeibehörde des Wohn- oder Aufenthaltsorts des Kranken anzuzeigen; der Anzeige an das Amtsgericht muß eine Abschrift des die Entlassung rechtfertigenden ärztlichen Zeugnisses beigefügt werden. Ferner ist der gesetzliche Vertreter des Kranken und der Antragsteller, auf dessen Antrag die Unterbringung des Kranken in einer Irrenanstalt erfolgt ist, zu benachrichtigen.

    Eines Antrags bedarf es ferner nicht, wenn der die Unterbringung des Kranken in einer Irrenanstalt anordnende Beschluß des Amtsgerichts von ihm selbst auf Grund eines veränderten Sachverhalts zurückgezogen oder von dem Landgericht aufgehoben worden ist. In diesem Falle hat das Amtsgericht die Entlassung herbeizuführen und den Kranken, seinen gesetzlichen Vertreter,

---

[1]) Das hat doch grade das Amtsgericht erst rechtskräftig entschieden!? — Vgl. auch Anm. 3 S. 137.

[2]) Vergl. S. 36.



den Antragsteller, auf dessen Antrag die Unterbringung des Kranken in einer Irrenanstalt erfolgt ist, sowie die Staatsanwaltschaft und die Polizeibehörde des Wohn- oder Aufenthaltsorts des Kranken zu benachrichtigen.

Ohne Vorliegen eines Antrags hat der Leiter der Irrenanstalt auch in dem Falle der Ziffer 15 g den in der Anstalt Untergebrachten zu entlassen [1]) und die Stelle, die die Beobachtung angeordnet hat, das zuständige Amtsgericht, die Staatsanwaltschaft, die Polizeibehörde des Wohn- oder Aufenthaltsorts des Entlassenen und den gesetzlichen Vertreter des Kranken zu benachrichtigen.

17. Der Leiter der Irrenanstalt hat die Entlassungsanträge sorgfältig zu prüfen und ihnen, wenn ihm die Entlassung sowohl für den Kranken wie für die Allgemeinheit unbedenklich erscheint [2]), stattzugeben [3]). Von der Entlassung ist dem zuständigen Amtsgericht, der Staatsanwaltschaft und der Polizeibehörde des Wohn- oder Aufenthaltsorts des Entlassenen Anzeige zu erstatten [4]); auch ist der Antragsteller zu benachrichtigen.

Hat der Kranke einen gesetzlichen Vertreter, so muß der Leiter der Irrenanstalt vor der Entlassung dessen Zustimmung einholen, sofern dieser nicht selbst der Antragsteller ist. Wird die Zustimmung nicht erteilt oder glaubt der Leiter der Irrenanstalt nach seiner Beurteilung des Sachverhalts dem Antrage nicht stattgeben zu können, so hat er ihn unter Beifügung der Akten und eines seinen Widerspruch begründenden ärztlichen Zeugnisses dem zuständigen Amtsgericht zu übersenden. Der Beifügung eines Zeugnisses bedarf es nicht, wenn es sich um die Wiederholung eines bereits abgelehnten Entlassungsantrags handelt und der Leiter der Irrenanstalt wegen der unveränderten Sachlage an einem Widerspruch festhält.

18. Über den Widerspruch gegen den Entlassungsantrag entscheidet das Amtsgericht; vor seiner Entscheidung hat es den Antragsteller,

---

[1]) Auch wenn er ihn für noch anstaltsbedürftig oder gemeingefährlich hält?

[2]) Nach völlig freiem Ermessen? Man macht doch grade den Anstaltsärzten stets den Vorwurf, daß sie in Zweifelfällen gefährliche Geisteskranke zu früh „auf die Menschheit losließen?“

[3]) Der unfähige Anstaltsarzt, dem das Gesetz noch nicht einmal die Fähigkeit zutraut, in den allerklarsten Fällen das Bestehen einer Geisteskrankheit festzustellen und über die Anstaltspflegebedürftigkeit zu entscheiden, hat also andererseits das Recht, wenn er, — auch irrtümlich, — annimmt, daß eine geistige Erkrankung nicht oder nicht mehr vorliege, — entgegen dem gerichtlichen Urteile und entgegen dem Urteile anderer, u. U. höchst autoritativer Sachverständiger, auf die sich das Gericht stützte, — eine äußerst schwerwiegende Entscheidung zu fällen und den Kranken zu entlassen! —

[4]) Wenn das Gericht anderer Meinung ist, kann es ja sehen, wie es den Kranken wiederbekommt, — und hat es ihn, dann kann das Spiel von neuem beginnen! —

erforderlichenfalls auch den Kranken, seinen gesetzlichen Vertreter und den Antragsteller, auf dessen Antrag die Unterbringung des Kranken in einer Irrenanstalt erfolgt ist, zu hören.

Das weitere Verfahren richtet sich nach den Bestimmungen der Ziffern 6 und 9.

19 Hat das Amtsgericht einen Entlassungsantrag des Kranken abgelehnt, so kann es, wenn es die Sachlage für unverändert hält, bei sich wiederholenden Anträgen anordnen, daß ihm diese nur in bestimmten Zeitabständen vorgelegt werden, es sei denn, daß in dem Antrag neue Tatsachen behauptet werden oder daß der Leiter der Irrenanstalt seinen früher erhobenen Widerspruch nicht mehr aufrecht erhalten will.

Das Amtsgericht hat seinen Beschluß dem Kranken, seinem gesetzlichen Vertreter und dem Antragsteller sowie dem Leiter der Irrenanstalt, der Staatsanwaltschaft und der Polizeibehörde des Wohn- oder Aufenthaltsorts des Kranken zuzustellen. Wird dem Entlassungsantrag stattgegeben, so ist der Beschluß auch dem Antragsteller, auf dessen Antrag die Unterbringung des Kranken in einer Irrenanstalt erfolgt ist, zuzustellen.

20. Gegen den die Entlassung ablehnenden Beschluß des Amtsgerichts steht dem volljährigen Kranken, sofern er nicht geschäftsunfähig [1]) ist, seinem gesetzlichen Vertreter und dem Antragsteller, gegen den die Entlassung anordnenden Beschluß, dem Antragsteller, auf dessen Antrag die Unterbringung des Kranken in einer Irrenanstalt erfolgt ist, sowie den Antragsberechtigten in Ziffer 3 das Recht der Beschwerde zu [2]).

Die Bestimmungen der Ziffer 10 Abs. 2—4 gelten entsprechend.

21. Der Anstaltsleiter ist verpflichtet, den behördlichen Entscheidungen auf Entlassung eines Kranken aus der Irrenanstalt unverzüglich zu entsprechen und von dem Vollzug der Entlassung der betreffenden Behörde, der Staatsanwaltschaft und der Polizeibehörde des Wohn- oder Aufenthaltsorts des Kranken sofort Anzeige zu erstatten.

22. Die Beschwerde gegen den die Entlassung anordnenden Beschluß hat aufschiebende Wirkung. Das Gleiche gilt für die Beschwerde gegen die Anordnung der Unterbringung in einer Irrenanstalt, falls der Kranke sich noch nicht in der Anstalt befindet, es sei denn, daß neue Tatsachen eingetreten sind, die eine sofortige Unterbringung in einer Irrenanstalt erforderlich machen.

23. Die Reichsregierung kann mit Zustimmung des Reichsrats über die Verwahrung von Geisteskranken in Irrenanstalten Anweisungen erlassen.

---

[1]) Vgl. Anm. 1 S. 134.

[2]) Also nicht dem Anstaltsleiter! —

V. Der preußische Gesetzentwurf vom Jahre 1924/25.

Von der Tatsache, daß dieser eben näher charakterisierte Reichsgesetzentwurf im Frühjahr 1924 zurückgezogen wurde, erfuhr man zuerst durch einen Artikel des mehrfach erwähnten Referenten für Psychiatrie im preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt, Dr. *Alfred Beyer*, in der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift vom 5. IV. 24 (Bd. 26, S. 3), ein Aufsatz, der mit den Worten begann: „Auch wenn oder gerade weil die Arbeiten zur Schaffung eines Reichsirrengesetzes vorläufig nicht fortgeführt werden dürften, erscheint mir eine kurze Besprechung der nach dem Bekanntwerden des „Irrenschutzgesetzes“ gegebenen Situation nützlich zu sein. Dies umso mehr, weil Preußen nunmehr vor der Notwendigkeit steht, seinerseits dem Wunsche des Parlamentes nach Neuregelung des Irrenwesens irgendwie Rechnung zu tragen.“

Eine amtliche Mitteilung über die Zurückziehung des Entwurfes ist an die Standesvertretung der deutschen Irrenärzte nicht gelangt. —

In dem Artikel heißt es weiter: „Die einhellige Ablehnung, die dieser — (der Entwurf) — bei den Fachärzten und sonstigen Sachkennern erfuhr, würde eine völlige Umarbeitung, Beratungen mit den Vertretern der Länder und Sachverständigen, sowie sonstige Zeit und Geld kostende Arbeiten erforderlich machen. Es scheint mir daher sicher, daß das Reich seine Absicht, ein Irrengesetz zu schaffen, zunächst völlig aufgibt. Bei den Beratungen des Etats des preußischen Wohlfahrtsministeriums verlangten bisher die großen Parteien des Landtages einhellig eine gesetzliche Regelung des Irrenwesens. Diese Forderung wurde Jahr für Jahr wiederholt. Es fiel mir also die Aufgabe zu, mich zunächst über die Wünsche der durch das Parlament vertretenen Öffentlichkeit zu unterrichten und aus den Akten, sowie aus den Parlamentsdrucksachen und in Verhandlungen mit interessierten Laien das ganze Wunschmaterial zu sammeln und zu prüfen.“

In diesem Artikel äußert der Verfasser weiterhin durchaus sachliche psychiatrische Gedanken, die mit dem letzten Reichsgesetz-

entwurf in so schreiendem Widerspruch stehen, daß man entweder annehmen muß, daß er seine Auffassung vollkommen geändert habe, oder aber, daß der von dem preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt seiner Zeit vorbereitete, der Öffentlichkeit nicht bekannt gewordene Entwurf, der nach Mitteilung dieser Dienststelle vom 19. IV. 23 auf Wunsch des Reichsministeriums des Innern diesem zur Verfügung gestellt worden war, **nicht** die Grundlage des Reichsgesetzentwurfes gebildet hatte, sondern im Reichsministerium vollkommen unberücksichtigt geblieben war [1]).

Es wurde in dem genannten Aufsatz weiter ausgeführt, daß die Irrenärzte mehr mit der Öffentlichkeit und der Presse Fühlung nehmen müßten, worauf später von anderer Seite erwidert wurde, daß dies schon längst geschehen, und es wurde verwiesen auf die Artikel von *Rein* [2]), das mehrfach erwähnte Buch von *Bernhard Beyer*, den Presseausschuß des Reichsverbandes und vieles andere mehr. —

Immerhin ist dem Verfasser zuzugeben, daß auf diesem Gebiete noch viel mehr getan werden könnte [3]), und es ist nicht sehr erfreulich zu sehen, welch geringe Unterstützung der Presseausschuß auch in den Kreisen der Fachärzte findet. Vor allem aber ist es tief bedauerlich, daß die s. Z. im Einverständnis mit dem Reichsverband der Deutschen Presse beschlossene juristisch-psychiatrisch-publizistische Vertrauenskommission [4]) damals nicht zu Stande gekommen oder vielmehr wahrscheinlich nie in Tätigkeit getreten ist. Es wäre höchst erfreulich, wenn es gelingen sollte, diese Kommission wieder ins Leben zu rufen. —

Außerdem wurde in dem Artikel von *A. Beyer* betont, daß voraussichtlich auch **Preußen** trotz alledem in absehbarer Zeit **kein** eigenes Irrengesetz vorbereiten werde, da durch die Bestimmungen des Finanzausgleichgesetzes die Länder verpflichtet seien, die Kosten der von ihnen neu geschaffenen Gesetze auch für den Fall weiter zu tragen, daß etwa eines dieser Gesetze von dem Reiche übernommen und zu einem Reichsgesetze gemacht würde. Es komme also höchstens ein Gesetz

---

[1]) Nach neueren Mitteilungen soll diese letztere Möglichkeit tatsächlich zutreffen, was im Interesse der Entwicklung des Irrenwesens in Preußen außerordentlich erfreulich ist. (Vgl. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 28, 1926, S. 148.)

[2]) „Zur Frage der Irrengesetzgebung". Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 25, 1923, S. 86. „Psych. Aufklärungsarbeit" ebenda S. 13.

[3]) Er selbst hat später in äußerst dankenswerter Weise zu dem Fall v. Gunten (vgl. Nachtrag S. 258) Stellung genommen. (Vossische Zeitg. 6. V. 27.)

[4]) Vgl. *Rittershaus*, „Irrsinn und Presse". G. Fischer, Jena 1913. S. 2.

in Frage, das keinerlei Kosten verursache, oder aber ein Ausbau bzw. ein Abbau der bestehenden Verordnungen. Leider wurde dieser Erwägung später nicht stattgegeben.

Ein neuer Gedanke wurde in die ganze Diskussion geworfen von *Fischer* [1]), der vorschlug, das badische Gesetz, das sich bewährt habe, probeweise auf 5—10 Jahre auf das Reich zu übernehmen und später nur etwaige Verbesserungen in Erwägung zu ziehen.

Dieser Gedanke wurde dann von dem preußischen Referenten für Psychiatrie wieder aufgenommen [2]), der mitteilte, daß der preußische Landtag die Vorlage eines Irrengesetzes verlange, und daß das Reich die Arbeit an einem Irrengesetze vorläufig ganz eingestellt habe. In dem ersten dieser Artikel schlug er vor, daß das preußische Gesetz sich die Vorzüge des badischen Gesetzes nutzbar machen solle und entwickelte dann in dem zweiten Artikel, (allerdings ohne diesen Zusatz, was zu einem bedauerlichen Mißverständnis führte), als seine persönliche Ansicht Anschauungen, die im wesentlichen die Bestimmungen des badischen Gesetzes mit etwas anderen Worten darlegten.

Dabei betonte er nochmals ausdrücklich, daß sich im Irrenwesen Preußens Mißstände, die ein Gesetz erforderlich machten, nicht gezeigt hätten.

In der ausführlichen Diskussion, die sich zunächst hieran anschloß [3]), wurde die Frage von fachärztlicher Seite ausführlich erörtert; z. T. ging man dabei schon sehr in die Einzelheiten. Erwähnt sei von allem hier nur der Hinweis von *Bresler* (S. 177), daß in Preußen bereits ein Fürsorgegesetz für Geistes- und Gemütskranke bestehe, an dessen Schöpfung und Gestaltung allerdings nicht Mißtrauen gegen die Irrenärzte, sondern lediglich Fürsorge für jene Kranken mitgewirkt hätte, nämlich das Gesetz vom 11. 7. 1891. „Die Landarmenverbände... sind verpflichtet, für Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden, soweit dieselben der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen...."

„Die Bestimmungen über die Aufnahme und Entlassung der Anstaltspflegebedürftigen sowie über die Höhe der zu erstattenden Kosten

[1]) „Das Badische Irrenfürsorgegesetz in der Bewährung." Monatsschrift f. d. Krim.-Psych. u. Strafrechtsreform Bd. 14, 1923, S. 231.

[2]) Volkswohlfahrt Bd. 5, Nr. 19, 1. X. 24, S. 394 u. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 26, 18. X. 24, S. 151.

[3]) Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 26, S. 173, 187; Bd. 27, S. 1, 4, 11, 59, 79, 429.

werden in Reglements getroffen, welche der Genehmigung der zuständigen Minister unterliegen." —

Bresler fügt dann noch hinzu: „Die beiden (und einige andere) Paragraphen wurden bekanntlich als § 30 bzw. 31 b in das preußische Gesetz vom 8. März 1871 betr. die Ausführung des Bundesgesetzes über den Unterstützungswohnsitz eingefügt und stehen jetzt als § 6 I. und § 8 in der preußischen Ausführungsverordnung vom 17. April 1924 zur Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. Februar 1924. Es hat sich also durch das „Ermächtigungsgesetz" — das Merkwürdige ereignet, daß ein preußisches Irrengesetz, nämlich das vom 8. März 1871 bzw. 11. Juli 1891, Bestandteil einer „Verordnung" geworden ist." —

In ein neues Stadium trat die ganze Frage dann dadurch, daß ein Entwurf auf der Basis des badischen Gesetzes mit den Vertretern der vereinigten Provinzen und einigen zu diesem Zwecke geladenen Fachärzten unverbindlich besprochen wurde. Von dieser Seite wurde dann unter Mitwirkung von *Schultze*-Göttingen, *Zinn* (Eberswalde) sowie dem Landesmedizinalrat der Rheinprovinz, Dr. *Wiehl*, und anderen namhaften Vertretern ein Gegenentwurf ausgearbeitet, der sich ebenfalls im Prinzip an den badischen Entwurf anlehnt und versucht, mit dem Mißtrauen und Vorurteil des Volkes und des Parlamentes ein Kompromiß zu schließen und alles Erreichbare herauszuholen. Die Gegenüberstellung (Vgl. S. 148) zeigt dieses Bestreben deutlich. Im preußischen Landtage hat dann der Herr Minister für Volkswohlfahrt diesen Entwurf amtlich angekündigt[1]), unter der Mitteilung, daß dieser zunächst noch dem Landkreistag, sowie dem deutschen Städtetag auf deren Ersuchen zur Begutachtung vorgelegt werden solle. Man hoffe, daß der Entwurf dem Landtage noch im Winter 1925/26 zugehen könne. Dies war allerdings nicht der Fall.

Wenn man überhaupt jetzt den Zeitpunkt schon für gekommen hält, auf der bis heute erkämpften Basis ein derartiges Kompromiß zu schließen, so ist zweifellos dieser Gegenentwurf das Beste, was wohl erreicht werden könnte, und man merkt fast in jedem Satze die geschickte und diplomatische Hand eines so erfahrenen Kenners der Materie, wie es z. B. *Schultze* ist.

Abgesehen von kleinen redaktionellen Änderungen sind es eine ganze Reihe von Punkten, die diesen Gegenentwurf von dem Referentenentwurf unterscheiden.

Der erste ist die grundsätzliche Einstellung zu der ganzen Frage: es ist nicht mehr die des Verwaltungsjuristen, der vom grünen Tisch aus

[1]) Vgl. „Ärztliche Mitteilungen" Bd. 26, Nr. 46, S. 1241.

Paragraphen verfaßt, die sich mit der „Verwahrung“ von mehr oder weniger „gemeingefährlichen“ oder doch jedenfalls sozial unschädlich zu machenden Menschen befassen, — sondern der Standpunkt des modernen Irrenarztes, der eben in erster Linie Arzt ist und nichts weiter, der sich insbesondere nicht in die Rolle eines polizeilichen Aufsehers drängen lassen will. Charakteristisch hierfür ist die grundsätzliche Anwendung des Ausdruckes „Unterbringung“ an Stelle des Wortes „Verwahrung“, das der Referenten-Entwurf, allerdings nicht immer, gebraucht, sowie die Umschreibung des Begriffes der Heil- und Pflegeanstalt, bei der der Referentenentwurf bedauerlicherweise die „Aufhebung“ oder „Beschränkung“ der persönlichen Freiheit als einzigstes Kriterium kennt, während der Gegenentwurf allein die „fachärztliche Behandlung“ betont.

Der zweite grundsätzliche Unterschied ist der, daß über die Zulässigkeit der Anstaltsaufnahme nicht mehr der zuständige Landrat oder die Polizeibehörde entscheidet, also Behörden, die doch letzten Endes zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung vorhanden sind und schließlich doch immer, selbst bei dem besten Willen, diesen polizeilichen Gesichtspunkt in den Vordergrund schieben müssen, — sondern die Landesfürsorgeverbände.

Damit ist der Entwurf im wesentlichen seines Polizeicharakters entkleidet, und der Weg für rein fürsorgerische Maßnahmen ist offen; als Konsequenz dieses Standpunktes fehlt dann auch der § 5 des Referentenentwurfes über die „Statthafterklärung“, die als „polizeiliche Verfügung“ angesehen werden sollte.

Der dritte grundsätzliche Unterschied ist der, daß auch der § 6 des Referentenentwurfes vollkommen fehlt, nämlich die Unterbringung — hier heißt es auch in dem Referentenentwurf einmal nicht „Verwahrung“ — auf landrätliche Anordnung. Die Fälle, die hier vorgesehen sind, sind kurz und sachlich schon in dem § 4 des Gegenentwurfes zusammengefaßt, der hier einfach unterscheidet: „die Unterbringung muß erfolgen, wenn ....“, oder „kann erfolgen, wenn .....“. Der Gegenentwurf ist hier viel folgerichtiger und, wenn man so will, auch strenger, indem er den Kreis derjenigen Kranken, die aufgenommen werden müssen, viel weiter zieht (s. u.).

Zweckmäßig wäre vielleicht noch gewesen, auch in diesem Paragraphen ausdrücklich zu betonen, daß diese Unterbringung stets aus ärztlichen Gründen erfolgt, zur Heilung und zur Pflege des betreffenden Kranken. In den Fällen, in denen die Unterbringung erfolgen muß, also:

a) wenn ein Kranker „die öffentliche Ruhe, Sicherheit und Sittlichkeit, die Ehre, die Gesundheit und das Eigentum eines anderen oder anderer in solchem Grade gefährdet, daß er mit Rücksicht auf die Allgemeinheit in besondere Obhut und Aufsicht genommen werden muß, oder wenn er

b) sich selbst nach dem Leben trachtet und seine Beaufsichtigung zur Abwehr einer Selbstbeschädigung notwendig ist“, — in allen diesen Fällen wird also wohl als selbstverständlich angenommen, daß sich dann irgendwelche der zur Stellung eines Antrags Berechtigten, insbesondere „die mit der Fürsorge für hilfsbedürftige Personen befaßten Behörden“, finden werden (§ 5 d), die einen dementsprechenden Antrag stellen, und schließlich [und in diesem Satze ist der ganze § 6 des Referentenentwurfes

enthalten] „kann der Antrag in den Fällen des § 4 auch von der zuständigen Ortspolizeibehörde gestellt werden" (§ 5, 3).

Wichtig ist auch die Bestimmung des § 4 Ziffer 2 c, daß die Unterbringung auch erfolgen kann, wenn der Kranke irgendwie zu verwahrlosen droht, was sonderbarerweise in dem Referentenentwurfe fehlt.

Bedauerlich erscheint bei alledem die Tatsache, daß auch der Gegenentwurf an der vorherigen Entscheidung einer nicht sachverständigen Dienststelle über die Berechtigung der Anstaltsaufnahme grundsätzlich festhält, und seien es eben auch Fürsorgeämter (§ 7/1). Wenn auch damit theoretisch an der seitherigen Regelung in Preußen nicht viel geändert wird, so war doch bis jetzt stets die Möglichkeit vorhanden, daß, wie es im Rheinland, in Westfalen und Schleswig-Holstein schon einmal geschehen, auch hier durch Verfügung jederzeit etwas anderes bestimmt hätte werden können; die Verankerung dieser veralteten Lösung jedoch in einem Gesetze schließt eine solche Möglichkeit aus.

Bei der Unterbringung im Dringlichkeitsverfahren sind ebenfalls viele von veraltetem Mißtrauen diktierten Bestimmungen des Referentenentwurfes geändert: es fehlt die Forderung eines kreisärztlichen Zeugnisses, während andererseits, wie es sich ja auch in zahlreichen deutschen Ländern bereits seit Jahren bewährt hat, der Direktor der Anstalt ein etwa fehlendes ärztliches Zeugnis durch seine eigene gutachtliche Äußerung ersetzen kann. Der Begriff der „Dringlichkeit" ist hier nicht noch einmal eng umschrieben, sondern alles ist anscheinend dem Ermessen des ärztlichen Direktors überlassen, um allen etwa eintretenden unvorhergesehenen Möglichkeiten gerecht werden zu können.

Es fehlt weiterhin in dem Gegenentwurfe die Bestimmung, daß bei dringenden Aufnahmen in einer privaten Heil- und Pflegeanstalt der Kranke innerhalb 24 Stunden von einem Kreisarzt nachuntersucht werden muß. Ebenso hat nach diesen Vorschlägen einfach der Direktor bei der zuständigen Fürsorgebehörde unverzüglich die nachträgliche Statthafterklärung zu beantragen, während nach dem Referentenentwurf „binnen 24 Stunden" dem Landrat Mitteilung zu machen ist. Dieser kann, wie ausdrücklich betont wird, „die sofortige Entlassung des Verwahrten „verfügen", wenn ihm die in § 9, 2 genannten Bedingungen als nicht gegeben erscheinen, mit anderen Worten, der Landrat hätte zu entscheiden, — und zwar ohne gezwungen zu sein, nochmals einen Sachverständigen gutachtlich zu hören, — über die rein ärztliche Frage, ob der Kranke überhaupt anstaltspflegebedürftig oder für sich selbst, für andere usw. gefährlich ist — eine nicht sehr erfreuliche Konzession an das Vorurteil. — Recht überflüssig ebenfalls, weil teilweise selbstverständlich, ist Ziffer 6 des genannten § 9 des Referentenentwurfes, der mit Recht in dem Gegenentwurfe fehlt.

In dem § 9 Ziffer 1 des Gegenentwurfes, der Unterbringung „zur Beobachtung", der dem § 10 des Referentenentwurfes entspricht, ist auch eine Unterbringung „sonstiger Personen auf Antrag der zuständigen Ortspolizeibehörde" vorgesehen, eine Bestimmung, die dieser die Möglichkeit gibt, in zweifelhaften Fällen der Gemeingefährlichkeit oder Gemeinlästigkeit auch schon diese vorläufige und damit vorbeugende Maßregel zu ergreifen und nicht erst abwarten zu müssen, bis ein Unglück geschehen, und dadurch die Frage geklärt ist. Im übrigen enthalten die Bestimmungen

über die „Beobachtung“ nichts wesentlich Neues. Auch eine freiwillige Aufnahme kann nach § 10 des Gegenentwurfes einfach als „Aufnahme zur Beobachtung“ gelten, der Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses bedarf es hierbei nicht. Vielleicht hätte man diese Forderung doch beibehalten können, unter Umständen ersetzt durch das „Zweckmäßigkeitsattest“ wie es zum Beispiel in Hamburg üblich, das auch von einem Arzte der Anstalt ausgestellt werden kann; man hätte dafür dann wohl Ziffer 2 dieses Paragraphen entbehren können, daß von jeder Aufnahme zur Beobachtung die zuständige Ortspolizeibehörde in Kenntnis zu setzen ist.

Davon unterschieden ist dann noch einmal die eigentliche „freiwillige Aufnahme“, die sich auf Erkrankungen bezieht, die länger als 6 Wochen dauern, für die aber sonst ebenfalls die Bestimmungen des § 10 in Betracht kommen, also auch das Fehlen des ärztlichen Zeugnisses und die Anzeige an die zuständige Polizeibehörde.

Der Referentenentwurf § 11 hat hier dagegen das ärztliche Zeugnis, das bei einer Aufnahme in eine private Heil- und Pflegeanstalt von dem Kreisarzt ausgestellt sein muß. Bekanntlich wünschen viele Privatanstaltsbesitzer hier die Vorschrift eines amtsärztlichen Aufnahmezeugnisses, um gegen die üblichen gehässigen Unterstellungen und Verleumdungen geschützt zu sein.

Daß sogar in dem Referentenentwurf auch bei der freiwilligen Aufnahme immer von der „Verwahrung“ gesprochen wird, ist besonders ungeschickt und wenig wohlwollend. —

Die Bestimmungen über die Entlassung sind in dem Gegenentwurfe (§ 13) wesentlich exakter, es spricht aus ihnen die praktische Erfahrung des Arztes.

In § 15 des Gegenentwurfes sind die Rechtsmittel der Beschwerde gegen alle behördlichen Anordnungen zusammengefaßt, die im Referentenentwurf nur teilweise und an anderer Stelle enthalten sind.

Auffallend ist es, daß dabei im Referentenentwurf, ähnlich wie es auch im badischen Gesetze der Fall ist, nach § 5 Abs. 2 der Kranke die Einweisungsverfügung des Landrates dann nicht anfechten kann, wenn er geschäftsunfähig ist; das aber soll doch gerade durch die Anfechtungsklage unter Umständen erst festgestellt werden. Es gilt hier sinngemäß das gleiche, was oben bei dem badischen Gesetze an der entsprechenden Stelle gesagt wurde [1]).

In dem Gegenentwurfe fehlt eine solche Einschränkung mit Recht. Auch sonst weist der Gegenentwurf viele wesentliche Verbesserungen auf.

Bezüglich der Privatanstalten heißt es hier kurz und sachlich, daß die vorstehenden Bestimmungen auch hier entsprechende Anwendung finden, während der Referentenentwurf es für nötig hält, an verschiedenen Stellen noch eine ganze Reihe von Stacheldrahtzäunen um diese höchst verdächtigen Institutionen herum aufzurichten.

Bezüglich der Überwachung läßt der Gegenentwurf die wesentlichsten Bestimmungen des ersten Entwurfes bestehen, da die Anstalten keine Überwachung zu scheuen haben, doch sucht man die nötige Sachlichkeit zu erreichen dadurch, daß nach den neuen Vorschlägen die Hälfte

[1]) Vgl. auch *Schwabe* l. c.

der Mitglieder des Zentralbeirats auf Vorschlag der Landesdirektoren-Konferenz zu ernennen sind. *Schultze* [1]) stand früher auf dem Standpunkte, daß die Mitwirkung des Laienelementes abzulehnen sei, jene „unabhängigen Männer“ des berüchtigten Kreuzzeitungsaufrufes, „die das Vertrauen ihrer Mitbürger genießen, nicht nach Fachkenntnissen urteilen, auch nicht durch medizinische Gutachten beeinflußt sind, sondern auf den Augenschein sehen“, — er meinte damals, entweder hörten diese doch auf den sachverständigen Psychiater, dann seien sie überflüssig, oder sie hörten nicht auf ihn, dann habe man alle Nachteile einer reinen Laienjury. — Immerhin wird man wohl, wie es ja auch der Gegenentwurf tut, hier Konzessionen machen können; nach den in Hamburg und an anderen Stellen gemachten Erfahrungen wenigstens hat sich die Macht der Tatsachen auf die Dauer doch stets als stärker erwiesen als jede etwaige Voreingenommenheit; als Mittel zur Gewinnung von Vertrauen aber kann ein derartiges Entgegenkommen sicherlich nur von Nutzen sein [2]).

Die beleidigende und von veraltetem Mißtrauen diktierte Bestimmung, daß die Besichtigungen durch den Überwachungsausschuß „unvermutet“ vorzunehmen sind, fehlt in den Gegenentwurf, ebenso fehlt der ganze § 21 des Referentenentwurfes, der aus dem gleichen Geiste entstanden ist, und der bei den Direktoren der Anstalten recht zweifelhafte Charaktereigenschaften vorauszusetzen scheint. In gleicher Weise fehlt § 20 des Referentenentwurfes, der, aus ähnlichem Mißtrauen geboren, ebenfalls nur Selbstverständlichkeiten enthält oder aber höchst bedenkliche Forderungen, wie etwa die „freie Aussprache mit dem Anstaltspersonal“. Man wird sich unschwer vorstellen können, wohin es führen könnte, wenn politisch unzufriedene Elemente unter dem Pflegepersonal ihren etwa dem Ausschuß angehörenden Parteigenossen ihre subjektiv gefärbten Berichte übermitteln, ohne daß der Direktor Gelegenheit hätte, diesen Aussprachen beizuwohnen und sofort Stellung dazu zu nehmen. Sollte eine derartige Bestimmung tatsächlich entsprechend dem Referentenentwurf im Gesetze verbleiben, so wäre ein Zusatz, daß derartige Aussprachen nur in Gegenwart des Direktors oder des von diesem bestimmten Stellvertreters stattfinden dürften, unumgänglich nötig.

Eine kleine Konzession bezüglich der Privatanstalten enthält § 20 des Gegenentwurfes, der bei Besichtigungen von Privatanstalten den zuständigen Kreisarzt hinzuziehen will. Sonst ist über die besonderen Rechte und Pflichten des Überwachungsausschusses in dem Gegenentwurf nichts Näheres gesagt, es könnte also angenommen werden, daß seine Funktion darauf beschränkt sei, die Durchführung des vorliegenden Gesetzes zu überwachen, daß er aber nicht die Befugnis hätte, etwa über die Verpflegung, über ärztliche Maßnahmen, über etwaige Mißhandlungen und anderes sich zu äußern. Vielleicht könnte dieser Punkt noch näher präzisiert und in den Ausführungsbestimmungen klargestellt werden.

Kleinere Schönheitsfehler des ersten Entwurfes wären etwa noch die Bestimmungen seines § 8, daß zu einer Überführung in die Anstalt Pflegepersonal der Anstalt hinzugezogen werden kann, während der Gegenentwurf hier gerade das Gegenteil bestimmt und sich dabei auf

---

[1]) l. c.

[2]) *Groth* (vgl. S. 128) waren diese Ausführungen nicht unbekannt.

die allgemeine Gepflogenheit stützt; charakteristisch ist ferner der kleine Unterschied zwischen § 4 des Referentenentwurfes und § 4 Ziff. 2 d des Gegenentwurfes u. a. m. Bezügl. weiterer Einzelheiten vergleiche man die beiden Entwürfe (S. 148).

Der Deutsche Verein für Psychiatrie hat schließlich auf seiner Tagung in Kassel am 3. IX. 25 im Anschluß an ein Referat von Herrn Geh. Rat *Schultze* (Göttingen) nach eingehender Diskussion [1]) noch folgende Leitsätze angenommen:

Eine Änderung des Entwurfs erscheint dem Deutschen Verein für Psychiatrie in folgenden Punkten notwendig:

1. Bei der Begriffsbestimmung der Irrenanstalt muß als ihre wesentliche Aufgabe die fachärztliche Behandlung und Pflege Geisteskranker zum Ausdruck kommen. Diesem Gesichtspunkt muß sich die Ausdrucksweise des Gesetzes anschließen.
2. Wichtiger als die besondere Hervorhebung der Geistesschwachen gegenüber den Geisteskranken ist die der „Süchtigen“, soweit sie fachärztlicher Behandlung und Pflege bedürfen.
3. Es ist notwendig, daß die alleinige Leitung der öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten durch einen Psychiater vorgeschrieben wird.
4. Auch die offene Fürsorge für Geisteskranke ist im Gesetz zu berücksichtigen.
5. Bei der Begriffsumschreibung der Anstaltspflegebedürftigkeit ist in erster Linie auf ärztliche Gesichtspunkte Wert zu legen.
6. Das ärztliche Zeugnis verliert 4 Wochen nach seiner Ausstellung seine Gültigkeit.
7. Das ärztliche Zeugnis muß unter allen Umständen auf Grund einer persönlichen Untersuchung ausgestellt werden.
8. Bei der Aufnahme in eine Anstalt ist auf die Mitwirkung von deren Pflegepersonal zu verzichten.
9. Bei dringlicher Aufnahme in eine Anstalt muß das Gutachten eines Arztes der Anstalt ausreichen.
10. Es empfiehlt sich, der Polizei auf Antrag eines beamteten Arztes das Recht auf Herbeiführung einer kurzfristigen Anstaltsbeobachtung einzuräumen.
11. Die freiwillige Aufnahme muß möglichst von allen Formalitäten befreit werden.
12. Die Bestimmungen über die Überwachungen der Irrenanstalten sind nur geeignet, das schon vorhandene Mißtrauen gegen Irrenanstalten zu unterstützen, und bedürfen einer grundlegenden Änderung.
13. Der Medizinalbeamte der Besuchskommission muß aus der Zahl der Regierungs- und Medizinalräte gewählt werden.
14. Der Hinzuziehung eines Kreisarztes bei der Besichtigung der Anstalten durch die Besuchskommission bedarf es höchstens bei Privatanstalten.
15. Die Mitwirkung eines Laien in der Besuchskommission erscheint wenig zweckmäßig.

---

[1]) Zentralbl. Bd. 42, S. 328.

Diese Leitsätze enthalten neben solchen, die bereits von dem Gegenentwurfe berücksichtigt wurden, noch eine Reihe von weiteren Verbesserungsvorschlägen, deren Hineinarbeitung, in den endgültigen Entwurf recht zweckmäßig erscheint, wenngleich natürlich zu befürchten steht, daß manche dieser Anregungen auf erbitterten Widerstand stoßen werden.

Am 23. II. 1926 fand dann im preußischen Wohlfahrtsministerium eine neue Beratung über den Irrenfürsorgegesetzentwurf statt, zu der auch Vertreter der Provinzen, des Städtetags, des Landkreistags, des Deutschen Vereins für Psychiatrie, der Privatanstalten, der charitativen Anstalten und des Reichsverbandes beamteter Irrenärzte zugezogen worden waren.

Es wurde zugesagt, daß der Entwurf in seiner endgültigen Fassung dem Kreise der Eingeladenen zugehen werde, bevor er dem Landtag vorgelegt würde, und daß der gleiche Kreis für die Beratung der Ausführungsbestimmungen gehört werden solle [1]).

Jedenfalls, wenn aus diesen Entwürfen, was nach allem wohl als höchstwahrscheinlich angesehen werden kann, ein preußisches Landesgesetz hervorgehen sollte, so wäre er nur dringend zu wünschen, daß dann wenigstens der von Sachverständigen und unter sachlichen Gesichtspunkten redigierte Gegenentwurf des provinziellen Ausschusses, möglichst noch unter weitgehender Berücksichtigung der Wünsche des Deutschen Vereins für Psychiatrie, dem Gesetze zu Grunde gelegt werde, und nicht der erste Referentenentwurf, in dem doch noch ein Geist weht, dessen sich, sollte er Gesetz werden, die heutige Zeit später einmal schämen müßte.

Preußische Gesetzentwürfe vom Jahre 1924/25.

Referenten-Entwurf:	Gegenentwurf:
Preußisches Gesetz, die Fürsorge für Geistes- und Gemütskranke betreffend.	**Entwurf des provinziellen Ausschusses für ein Irrenfürsorgegesetz in Preußen. (Vorbehaltlich der Zustimmung der Landesdirektorenkonferenz.)**
A. Verwahrung.	A. Unterbringung.
§ 1. Heil- und Pflegeanstalten.	§ 1. Heil- und Pflegeanstalten.
1. Als Heil- und Pflegeanstalten im Sinne dieses Gesetzes gelten alle öffentlichen und privaten Kranken-	1. Als Heil- und Pflegeanstalten im Sinne dieses Gesetzes gelten alle öffentlichen und privaten Kranken-

[1]) Nach Zeitungsmeldungen soll jetzt doch erst noch das Erscheinen des „Reichsverwahrungsgesetzes" abgewartet werden, das die Absichten des neuen Strafgesetzentwurfes über die Unschädlichmachung Gemeingefähr-

anstalten, in denen für den ganzen Anstaltsbereich oder für einzelne Abteilungen die persönliche Freiheit von Geistes- oder Gemütskranken beschränkt oder aufgehoben wird.

2. Als Geisteskranke im Sinne dieses Gesetzes gelten auch Geistesschwache.

§ 2.

Verwahrung.

1. Die Verwahrung in einer Heil- und Pflegeanstalt erfolgt, wenn der zuständige Landrat, in kreisfreien Städten die Polizeibehörde, die Unterbringung auf Antrag für statthaft erklärt oder von Amts wegen anordnet.

anstalten, in denen für den ganzen Anstaltsbereich oder für einzelne Abteilungen Geistes- oder Gemütskranke zu ihrer fachärztlichen Behandlung Aufnahme finden.

2. Als Geisteskranke im Sinne dieses Gesetzes gelten auch Geistesschwache.

§ 2.

Unterbringung.

1. Zur Unterbringung der in § 1 genannten Kranken in einer Heil- und Pflegeanstalt bedarf es in jedem Falle einer besonderen Statthafterklärung.

2. Zuständig für die Statthafterklärung sind die Landesfürsorgeverbände, denen sie als staatliche Auftragsangelegenheit übertragen wird.

3. Im einzelnen Falle ist zuständig der Landesfürsorgeverband, in dem sich der Wohnsitz des Kranken, in Ermangelung eines inländischen Wohnsitzes sein Aufenthaltsort befindet, beim Fehlen eines Wohnsitzes und Aufenthaltsortes in Preußen, der Landesfürsorgeverband, in dem die Heil- und Pflegeanstalt liegt.

§ 3.

Die Provinz kann beschließen, daß an die Stelle des Landesfürsorgeverbandes der Provinz die Bezirksfürsorgeverbände zu treten haben. Die näheren Bestimmungen hierüber sind in Reglements zu treffen, die der Genehmigung der zuständigen Minister unterliegen.

§ 4.

1. Die Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt muß erfolgen:

---

licher in vorläufiger Lösung vorwegnehmen will — falls nicht der neue Strafgesetzentwurf selbst in Bälde schon Gesetz wird.

Die Verwahrung kann auch dann erfolgen, wenn der Kranke infolge seiner Geisteskrankheit für das Eigentum gefährlich oder für die öffentliche Sittlichkeit anstößig, oder wenn er in bezug auf Aufsicht, Schutz, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlost oder gefährdet ist.

2. Sie ist geboten, wenn und solange der zu verwahrende Geisteskranke zu seinem eigenen Schutze oder zum Schutze anderer Personen der Anstaltspflege bedarf.

4. Die Verwahrung ist ferner statthaft, wenn von einem Geisteskranken widerrechtliche Maßnahme zu erwarten sind, die einen körperlichen, wirtschaftlichen oder sozialen Nachteil bezwecken.

§ 3.

Antragsberechtigte.

Berechtigt zur Stellung des Antrages sind:

1. Bei Minderjährigen und entmündigten Kranken der gesetzliche Vertreter.

2. Bei volljährigen, nicht entmündigten Kranken die Eltern und Voreltern, Abkömmlinge, Ehegatten und Geschwister.

a) Wenn der unterzubringende Geisteskranke infolge seiner Geisteskrankheit die öffentliche Ruhe, Sicherheit und Sittlichkeit, die Ehre, die Gesundheit oder das Eigentum eines anderen oder anderer in solchem Grade gefährdet, daß er mit Rücksicht auf die Allgemeinheit in besonderer Obhut und Aufsicht gehalten werden muß.

b) Wenn er sich selbst nach dem Leben trachtet und seine Beaufsichtigung zur Abwehr einer Selbstbeschädigung notwendig ist.

2. Die Unterbringung zur fachärztlichen Behandlung kann erfolgen:

c) Wenn er ohne Aufsicht, Schutz, leibliche Versorgung und ärztlichen Beistand verwahrlosen oder gefährdet sein würde.

d) Wenn von ihm widerrechtliche Maßnahmen zu erwarten sind, die ihm einen körperlichen, wirtschaftlichen oder sozialen Nachteil zu bringen vermögen.

§ 5.

Voraussetzungen der Unterbringung.

1. Die Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt erfolgt auf begründeten Antrag eines Antragsberechtigten an den Landesfürsorgeverband.

2. Berechtigt zur Stellung eines Antrages sind:

a) Bei minderjährigen und entmündigten oder unter vorläufige Vormundschaft gestellten Personen ihre gesetzlichen Vertreter.

b) Bei volljährigen, nicht entmündigten oder unter vorläufige Vormundschaft gestell-



3. Beim Fehlen oder bei Verhinderung der in Ziffer 1 und 2 bezeichneten Antragsberechtigten, die mit der Fürsorge für den Kranken befaßten Behörden, sonstige öffentliche Organe, Verwandte oder Verschwägerte.

4. Bei Geisteskranken, die im Sinne des Fürsorgegesetzes hilfsbedürftig sind, der unterstützungspflichtige Fürsorgeverband.

5. Bei Fürsorgezöglingen die die Fürsorge leitende Behörde.

6. Bei Straf- und Untersuchungsgefangenen sowie bei Insassen des polizeilichen Arbeitshauses die zuständige Behörde.

7. Bei aktiven Militärpersonen die vorgesetzte Militärbehörde.

ten Personen ihre Eltern, Voreltern, Ehegatten, Geschwister und Abkömmlinge.

c) Bei Fehlen oder Verhinderung der unter a und b bezeichneten Personen sonstige volljährige Verwandte oder Verschwägerte.

d) Die mit der Fürsorge für hilfsbedürftige Personen befaßten Behörden, insbesondere die unterstützungspflichtigen Fürsorgeverbände.

e) Bei Fürsorgezöglingen die mit der Durchführung der Fürsorge betrauten Behörden.

f) Bei Untersuchungs- und Strafgefangenen sowie bei Insassen von öffentlichen Arbeitshäusern die zuständigen Behörden.

g) Bei aktiven Militärpersonen die vorgesetzte Militärbehörde.

3. In den Fällen des § 4 Abs. 1 und 2 kann der Antrag auch von der zuständigen Ortspolizeibehörde gestellt werden.

§ 4.

Ärztliches Zeugnis.

1. Der Landrat hat dem Antrage auf Verwahrung eines Kranken in einer Heil- und Pflegeanstalt, sofern die Verwahrung ohne oder gegen den Willen des zu Verwahrenden erfolgen soll, nur stattzugeben, wenn außer der Geisteskrankheit auch die Notwendigkeit der Anstaltspflege von einem im deutschen Reiche approbierten Arzt auf Grund einer nicht länger als 2 Wochen zurückliegenden persönlichen Untersuchung des Kranken bezeugt ist. Von einer persönlichen Untersuchung darf nur abgesehen werden, wenn die Untersuchung für den Arzt oder dritte Personen mit einer Gefahr für Leib und Leben verbunden wäre.

§ 6.

Ärztliches Zeugnis.

1. Die Statthafterklärung hat zu erfolgen, sofern die Unterbringung ohne oder gegen den Willen des Unterzubringenden erfolgen soll, wenn außer der Geisteskrankheit auch die Notwendigkeit der Anstaltspflege von einem im deutschen Reiche approbierten Arzte auf Grund einer nicht länger als 2 Wochen zurückliegenden persönlichen Untersuchung des Kranken bezeugt ist. Von einer persönlichen Untersuchung darf nur abgesehen werden, wenn die Untersuchung für den Arzt oder dritte Personen mit Gefahr für Leib und Leben verbunden sein würde.

2. In dem vorzulegenden ärztlichen Zeugnis muß der Tag der

2. In dem vorzulegenden ärztlichen Zeugnis muß das Datum der persönlichen Untersuchung oder der Feststellung der Geisteskrankheit und das Datum der Zeugnisausfertigung angegeben sein.

3. Im Falle der Übernahme eines Kranken aus dem Reichsausland genügt das Zeugnis eines Arztes an einer ausländischen öffentlichen Irrenanstalt oder eines sonstigen beamteten Arztes.

persönlichen Untersuchung oder der Feststellung der Geisteskrankheit sowie der Tag der Zeugnisausstellung angegeben sein.

4. Im Falle der Übernahme eines Kranken aus dem Reichsauslande genügt das Zeugnis eines Arztes von einer ausländischen öffentlichen Irrenanstalt oder eines sonstigen beamteten Arztes.

3. Das ärztliche Zeugnis besitzt eine Gültigkeitsdauer von 4 Wochen, beginnend mit dem Tage der Ausstellung.

§ 5.

Statthafterklärung.

1. Der Landrat prüft den Antrag und erklärt, wenn er dabei keine Bedenken findet, die Unterbringung für statthaft.

2. Die Statthafterklärung gilt als polizeiliche Verfügung. Sie kann von dem volljährigen Kranken selbst, sofern er nicht geschäftsunfähig ist, sowie von den in § 3, Ziffer 1 a und 4 genannten Antragsberechtigten angefochten werden. Die Anfechtungsfrist beginnt mit der Eröffnung der landrätlichen Verfügung, und wenn die Eröffnung nicht erfolgte, mit der Unterbringung.

Vergleiche § 15.

§ 6.

Unterbringung auf landrätliche Anordnung.

1. Von Amts wegen kann der Landrat bzw. die Polizeibehörde die Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt, auch wenn kein Antrag vorliegt, anordnen:

a) Wenn ein Geisteskranker zu seinem eigenen oder zum Schutz anderer Personen der Anstaltspflege bedarf.

Vergleiche § 5/3.



b) Wenn ein Geisteskranker infolge Geisteskrankheit für das Eigentum gefährlich oder für die öffentliche Sittlichkeit anstößig oder wenn er in bezug auf Aufsicht, Schutz, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlost oder gefährdet ist.

c) Wenn von einem Geisteskranken Maßnahmen zu erwarten sind, die einen körperlichen, wirtschaftlichen oder sozialen Nachteil bezwecken.

2. Diese Anordnung darf nur ergehen, wenn außer der Geisteskrankheit die Notwendigkeit der Anstaltspflege und das Vorliegen einer der in Abs. 1 erwähnten Voraussetzungen auf Grund unmittelbar vorhergegangener persönlicher Untersuchung von dem für den Aufenthaltsort des Kranken zuständigen Kreisarzt oder einem beamteten Arzt einer öffentlichen Irrenanstalt, bei Strafgefangenen von dem Gefängnisarzt, bestätigt sind. Der § 4 Abs. 1 Satz 2 findet entsprechende Anwendung.

3. Die Unterbringung von Amts wegen hat in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt des Landes zu erfolgen.

4. Auf Anordnung findet der § 5 Abs. 2 entsprechende Anwendung.

§ 7.

Zuständigkeit.

1. Zuständig zur Statthafterklärung oder Anordnung der Verwahrung in einer Anstalt ist der Landrat bzw. die Polizeibehörde des Wohnsitzes des Kranken; in Ermangelung eines inländischen Wohnsitzes ist der Landrat bzw. die Polizeibehörde des Aufenthaltsortes des Kranken, beim Fehlen eines Wohnsitzes und Aufenthaltsortes

in Preußen ist der Landrat bzw. die Polizeibehörde des Kreises zuständig, in dem die Heil- und Pflegeanstalt liegt.

2. Unberührt bleibt die Zuständigkeit der Gerichte, im strafrechtlichen Verfahren oder im Entmündigungsverfahren die zeitliche Beobachtung in einer Heil- und Pflegeanstalt oder die Unterbringung in eine Irrenanstalt anzuordnen.

§ 8.

Die Unterbringung in eine Anstalt ist, falls der zu Verwahrende oder zeitlich zu Beobachtende die gegen ihn ergangene Anordnung nicht innerhalb der gestellten Frist freiwillig befolgt, durch die vom Landrat beauftragten Organe zu bewirken. Für die Überführung kann Pflegepersonal von Heil- und Pflegeanstalten zur Hilfeleistung herangezogen werden.

§ 7.

Die Unterbringung.

1. Nach erfolgter Statthafterklärung ist die Überführung in eine Heil- und Pflegeanstalt durch die von der Ortspolizeibehörde beauftragten Organe zu bewirken.

2. Die Heranziehung von Pflegepersonal einer Heil- und Pflegeanstalt hierzu kann **nicht** gefordert werden.

§ 9.

Fürsorgerische Unterbringung im Dringlichkeitsverfahren.

1. In dringenden Fällen kann die sofortige fürsorgerische Unterbringung eines Geisteskranken in eine Heil- und Pflegeanstalt ohne Antrag und ohne landrätliche Statthafterklärung oder Anordnung lediglich auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses erfolgen.

2. In diesem Zeugnis muß außer der Geisteskrankheit und der Notwendigkeit der Anstaltspflege auch die Dringlichkeit der Aufnahme zum Zwecke der Heilung des Kranken oder zur Vermeidung von Gefahren für den Kranken selbst oder für andere Personen oder für das Eigentum oder für die öffentliche Sittlichkeit von dem für den Aufenthaltsort

§ 8.

Die Unterbringung im Dringlichkeitsverfahren.

1. In dringenden Fällen kann die sofortige fürsorgerische Unterbringung eines Geisteskranken in einer Heil- und Pflegeanstalt ohne Antrag und ohne vorherige Statthafterklärung auf Grund eines bloßen ärztlichen Zeugnisses erfolgen.

2. Im ärztlichen Zeugnis muß außer der Geisteskrankheit und der Notwendigkeit der Anstaltspflege auch die Dringlichkeit der Aufnahme auf Grund persönlicher ärztlicher Untersuchung bescheinigt werden. Die Vorschriften des § 4 finden entsprechende Anwendung.

des Kranken zuständigen Kreisarzt auf Grund unmittelbar vorhergegangener persönlicher Untersuchung des Kranken bestätigt werden. Der § 4, Abs. 1, Satz 2 findet entsprechende Anwendung.

3. In dem ärztlichen Zeugnis muß das Datum der persönlichen Untersuchung bzw. der Feststellung der Geisteskrankheit und das Datum der Zeugnisausfertigung angegeben sein.

4. Wenn die fürsorgliche Unterbringung in einer privaten Heil- und Pflegeanstalt erfolgt ist, muß der Kranke binnen 24 Stunden nach der Aufnahme vom Kreisarzt untersucht, und falls dieser das Vorliegen der Voraussetzungen des Absatz 2 nicht bestätigt, sofort entlassen werden.

5. Von der fürsorglichen Aufnahme hat der Anstaltsleiter dem Landrat binnen 24 Stunden Mitteilung zu machen. Der Landrat ist berechtigt, die Verwahrung in einer Anstalt rückgängig zu machen und die sofortige Entlassung der Verwahrten zu verfügen, wenn ihm die in § 9, Abs. 2 genannten Bedingungen als nicht gegeben erscheinen.

6. Wird nicht binnen 3 Wochen nach der Aufnahme des Geisteskranken in eine Heil- und Pflegeanstalt der Antrag eines nach § 3 Antragsberechtigten und die Statthafterklärung oder eine landrätliche Anordnung nach § 6 nachgebracht, so ist der fürsorglich Aufgenommene zu entlassen; falls aber nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Anstaltsleiters eine der Voraussetzungen des § 6 a, b, c vorliegt, ist noch vor Ablauf der Frist dem Landrat Anzeige zu erstatten und bis zur Entschließung des Landrats, die binnen einer Frist von längstens 3 Wochen erfolgen soll, der Kranke fürsorglich in der Anstalt zurückzuhalten.

3. s. nach 4.

(Vgl. § 16.)

4. Von der fürsorgerischen Aufnahme hat der Anstaltsdirektor dem zur Statthafterklärung zuständigen Landesfürsorgeverband unverzüglich Mitteilung zu machen und die nachträgliche Statthafterklärung zu beantragen. Dieser hat alsbald das ordentliche Aufnahmeverfahren einzuleiten und entweder die Statthafterklärung auszusprechen oder, falls ihm die Voraussetzungen einer Anstaltsunterbringung nicht vorliegend erscheinen, die sofortige Entlassung des fürsorglich Untergebrachten zu verfügen.

3. Fehlt das ärztliche Zeugnis bei der Aufnahme, erscheint diese aber dem Direktor der Anstalt, der der Kranke zugeführt worden ist, im Interesse des Letzteren erforderlich, so hat er umgehend eine gutachtliche Äußerung über die Anstaltspflegebedürftigkeit zu den Akten zu geben.

§ 10.

I. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes können neben den reichsgesetzlich geregelten Fällen in öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten ohne oder gegen ihren Willen untergebracht werden:

1. Fürsorgezöglinge und Personen, bezüglich derer das Fürsorgeerziehungsverfahren eingeleitet ist, auf Anordnung des Vormundschaftsgerichts;
2. Strafgefangene und Insassen des polizeilichen Arbeitshauses auf Anordnung der zuständigen Behörde;
3. aktive Militärpersonen auf Anordnung der vorgesetzten Militärbehörde.

II. Die Verwahrung darf in diesem Falle die Dauer von 6 Wochen nicht überschreiten.

§ 9.

Die Unterbringung zur Beobachtung.

1. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes können ohne oder gegen ihren Willen in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt untergebracht werden:

a) Fürsorgezöglinge, bezüglich deren das Fürsorgeerziehungsverfahren eingeleitet ist, auf Anordnung der Fürsorgeerziehungsbehörde;
b) Straf- und Untersuchungsgefangene sowie Insassen eines öffentlichen Arbeitshauses auf Anordnung der für die betreffende Anstalt zuständigen Behörde;
d) aktive Militärpersonen auf Anordnung der vorgesetzten Militärbehörde;
c) Personen, gegen die das Entmündigungsverfahren eingeleitet worden ist, auf Anordnung des zuständigen Gerichts;
e) sonstige Personen auf Antrag der zuständigen Ortspolizeibehörde.

2. Die Unterbringung darf die Dauer von 6 Wochen nicht übersteigen.

§ 10.

Die Unterbringung zum Zwecke der Beobachtung kann von dem Aufzunehmenden selbst nachge-

sucht werden. Steht er unter elterlicher Gewalt oder Vormundschaft, so ist seinem Aufnahmegesuch die schriftliche Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters beizufügen. Der Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses bedarf es nicht.

2. Von jeder Unterbringung zur Beobachtung ist die zuständige Ortspolizeibehörde in Kenntnis zu setzen.

§. 11

1. Personen, die ohne Statthafterklärung oder Anordnung sich freiwillig in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt zur Aufnahme melden oder mit ihrem Willen von anderen Personen ohne Statthafterklärung oder Anordnung eingeliefert werden, sind nur aufzunehmen, wenn Geisteskrankheit und die Notwendigkeit der Anstaltsfürsorge von einem im Deutschen Reich approbierten Arzt auf Grund einer nicht länger als 2 Wochen zurückliegenden Untersuchung des Kranken bezeugt wird.

2. Soll die Aufnahme in einer privaten Heil- und Pflegeanstalt erfolgen, so ist eine kreisärztliche Bescheinigung erforderlich.

3. In dem nach Absatz 1 und 2 vorzulegenden ärztlichen Zeugnis muß das Datum der persönlichen Untersuchung und das Datum der Zeugnisausfertigung angegeben sein.

4. Bei Verwahrung mit dem Willen des Verwahrten ist dem Landrat von der erfolgten Verwahrung binnen 24 Stunden Mitteilung zu machen.

§ 11.

Freiwillige Aufnahme.

Unter den Voraussetzungen des § 10 ist auch die freiwillige Aufnahme von Kranken statthaft;......

[Vergleiche § 16.]

§ 12.

Wird ein mit seinem Willen verwahrter Kranker aus der offenen Abteilung in eine geschlossene Abteilung überführt oder gegen seinen

..... soll jedoch ein freiwillig aufgenommener Kranker gegen seinen Willen zurückgehalten werden oder aus der offenen in eine geschlossene



Willen in der Anstalt zurückgehalten, so ist sofort das ordentliche Aufnahmeverfahren (§ 2 bis 5) einzuleiten.

§ 13.

In den Fällen der §§ 6, 9 und 10 sind die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten zur Aufnahme verpflichtet.

B. Entlassung.

§ 14.

Die wegen Geisteskrankheit in Heil- und Pflegeanstalten untergebrachten Personen dürfen in der Anstalt nur zurückgehalten werden, solange Geisteskrankheit und Anstaltspflegebedürftigkeit besteht. Sie sind zu entlassen, wenn der Anstaltsleiter nach pflichtmäßigem Ermessen ihre Heilung oder eine so weitgehende Besserung feststellt, daß die Anstaltspflege entbehrlich wird

Die Entlassung erfolgt auch dann, wenn die Statthafterklärung oder die behördliche Anordnung zurückgezogen oder aufgehoben wird.

Abteilung überführt werden, so ist sofort das ordentliche Aufnahmeverfahren einzuleiten.

§ 12.

In den Fällen des § 5, Absatz 3, sowie der §§ 8 und 9 ist der Landesfürsorgeverband zur Unterbringung der ihm zugeführten Kranken verpflichtet.

B. Entlassung.

§ 13.

1. Die wegen Geisteskrankheit in einer Heil- und Pflegeanstalt untergebrachten Personen dürfen in dieser nur so lange zurückgehalten werden, als ihr Zustand ihre Zurückhaltung erfordert.

2. Die Entlassung muß erfolgen:

a) Wenn ein Insasse einer Heil- und Pflegeanstalt nach dem Urteile des Anstaltsleiters der Anstaltsbehandlung überhaupt nicht oder nicht mehr bedarf oder aus anderen Gründen — wesentliche Besserung des Leidens, Möglichkeit der Unterbringung in einer Familie oder dergl. — eine weitere Anstaltspflege nicht mehr erforderlich erscheint.

b) wenn von demjenigen, dem die Verfügung über die Person des Pfleglings zusteht, und zwar bei den Bezirksfürsorgeverbänden oder anderen Behörden untergebrachten im Einverständnis mit dem Bezirksfürsorgeverbande bzw. der betreffenden Behörde, die Entlassung verlangt wird und die Ortspolizei-

behörde nicht aus maßgebenden Gründen widerspricht. Fehlt das Einverständnis des Fürsorgeverbandes, so kann die Entlassung von dem Nachweis abhängig gemacht werden, daß für den Kranken anderweitig hinreichend dauernd gesorgt wird. Die Würdigung der Gründe der Ortspolizeibehörde sowie des Nachweises der anderweitigen Versorgung steht dem Landesfürsorgeverband zu.

3. Bei besonders gefährlichen Kranken, zumal, wenn sie auf Grund der Vorschriften des Strafgesetzbuches bzw. der Strafprozeßordnung mit Rücksicht auf ihre Geisteskrankheit freigesprochen oder außer Verfolgung gesetzt sind, ist vor der beabsichtigten Entlassung in jedem Falle bei Stadtkreisen der Ortspolizeibehörde, bei Landkreisen dem Landrat des zukünftigen Aufenthaltsortes Gelegenheit zur Äußerung zu geben.

§ 15.

Liegt im Falle des § 14, Abs. 2 nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Anstaltsleiters eine der Voraussetzungen des § 6, Abs. 1 vor, so hat der Anstaltsleiter unverzüglich dem Landrat Anzeige zu erstatten. Die §§ 4 und 5 finden entsprechende Anwendung. Inzwischen wird der Kranke für die Dauer von längstens 3 Wochen fürsorglich in der Anstalt zurückgehalten (§ 9, Ziffer 6, letzter Satz). Diese Bestimmungen finden auch Anwendung, wenn bei Personen, die auf ihren eigenen Wunsch oder Antrag in einer Heil- und Pflegeanstalt untergebracht wurden, in dem Zeitpunkt, in dem sie ihre Entlassung verlangen, die Voraussetzungen des § 6 nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Anstaltsleiters vorliegen.

§ 14.

Erscheint im Falle des § 13 b nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Anstaltsdirektors eine weitere Unterbringung des Kranken erforderlich, so ist dem Landesfürsorgeverband unverzüglich Anzeige zu erstatten. Der Kranke ist bis zur Entscheidung dieses Verbandes, aber längstens auf die Dauer von 3 Wochen in der Anstalt fürsorgerisch zurückzuhalten. Der Landesfürsorgeverband hat vor Statthaftererklärung einer längeren Unterbringung tunlichst die gemäß § 5 zuständigen Antragsberechtigten zu hören.

Das Gleiche gilt nach Ablauf der Beobachtungsfrist bei Personen, die zur Beobachtung ihres Geisteszustandes auf Grund dieses Gesetzes eingewiesen wurden (§ 10). Die Anzeige wird in diesem Fall außer an den Landrat auch an die Behörde erstattet, welche die Beobachtung angeordnet hat.

Vergleiche § 5, Abs. 2.

C. Überwachung des Irrenwesens.

§ 16.

Zur Überwachung sämtlicher öffentlichen und privaten Heil- und Pflegeanstalten im Geltungsbereiche dieses Gesetzes sind zu bilden:

1. ein Zentralbeirat, der dem Ministerium für Volkswohlfahrt angegliedert wird;
2. je ein Überwachungsausschuß in jeder Provinz.

C. Rechtsmittel.

§ 15.

1. Gegen die Statthafterklärung oder die Ablehnung einer Entlassung aus der Anstalt kann Einspruch eingelegt werden, über den die für die Statthafterklärung zuständige Behörde durch begründeten Beschluß entscheidet. Gegen diesen ist das Rechtsmittel der Beschwerde bei dem Vorsitzenden der Besuchskommission (Überwachungsausschuß) gegeben. Diesem bleibt es überlassen, selbst die Entscheidung zu treffen oder die Beschlußfassung der Kommission herbeizuführen.

2. Eingelegte Rechtsmittel haben keine aufschiebende Wirkung.

D. Privatanstalten.

§ 16.

Die vorstehenden Bestimmungen finden bei Aufnahmen in Privatanstalten entsprechende Anwendung.

E. Überwachung.

§ 17.

Zur Überwachung sämtlicher öffentlichen und privaten Heil- und Pflegeanstalten im Geltungsbereiche dieses Gesetzes sind zu bilden:

a) ein Zentralbeirat, der beim Landesgesundheitsamt als Unterausschuß zu bilden ist;
b) eine Besuchskommission (Überwachungsausschuß) für jede Provinz.

§ 17.

Die Mitglieder des Zentralbeirats werden in jedem Falle von dem Minister für Volkswohlfahrt ernannt.

Den Vorsitz in den Überwachungsausschüssen führt der Oberpräsident. Er ernennt zu Mitgliedern einen Medizinalbeamten, einen beamteten Arzt einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt oder Universitätsklinik und eine in Fürsorgeangelegenheiten erfahrere Persönlichkeit. Der Oberpräsident kann sich durch einen seiner Verwaltungsbeamten vertreten lassen

§ 18.

1. Die Mitglieder des Zentralbeirats werden vom Minister für Volkswohlfahrt ernannt. Die Hälfte derselben sind auf Vorschlag der Landesdirektorenkonferenz zu ernennen.

2. In den Besuchskommissionen (Überwachungsausschüssen) führt der Oberpräsident den Vorsitz. Er ernennt zu Mitgliedern einen aus der Zahl der Regierungs- und Medizinalräte auszuwählenden Medizinalbeamten, einen beamteten Arzt einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt oder Universitätsnervenklinik und auf Vorschlag des Provinzialausschusses eine in Fürsorgeangelegenheiten erfahrene Persönlichkeit. Der Oberpräsident kann sich durch einen seiner Verwaltungsbeamten vertreten lassen.

Pflichten und Rechte des Zentralbeirats und der Überwachungsausschüsse.

§ 18.

Jede zum Geltungsbereich dieses Gesetzes gehörende öffentliche und private Heil- und Pflegeanstalt ist jährlich mindestens einmal in ihrem gesamten Betriebe von dem zuständigen Überwachungsausschuß zu besichtigen. Die Besichtigungen sind unvermutet vorzunehmen.

§ 19.

Jede zum Geltungsbereiche dieses Gesetzes gehörende öffentliche und private Heil- und Pflegeanstalt ist jährlich mindestens einmal von der zuständigen Besuchskommission (dem Überwachungsausschuß) zu besichtigen.

§ 19.

Der Minister für Volkswohlfahrt kann jederzeit besondere unvermutete Besichtigungen durch Mitglieder des Zentralbeirats, unter Hinzuziehung von Mitgliedern des jeweils zuständigen Überwachungsausschusses anordnen.

Zu allen Besichtigungen ist der zuständige Kreisarzt hinzuzuziehen.

§ 20.

1. Der Minister für Volkswohlfahrt kann jederzeit besondere Besichtigungen durch Mitglieder des Zentralbeirates und unter Zuziehung von Mitgliedern der jeweils zuständigen Besuchskommission (Überwachungsausschuß) anordnen.

2. Zu allen Besichtigungen privater Anstalten ist der zuständige Kreisarzt hinzuzuziehen.

§ 20.

Den einzelnen Mitgliedern der Überwachungsausschüsse steht auch außerhalb der regelmäßigen Besichtigungen durch den gesamten Überwachungsausschuß jederzeitder Zutritt zu allen Kranken- und Betriebsräumen der Heil- und Pflegeanstalten ihres Bezirkes, die freie Aussprache mit Kranken, Ärzten und Anstaltspersonal sowie die Einsicht in Akten und Krankengeschichten zu; den Mitgliedern des Zentralbeirats in gleicher Weise für sämtliche Heil- und Pflegeanstalten des Geltungsbereiches dieses Gesetzes.

§ 21.

Während der Dauer der Besichtigung sind Verlegungen von Kranken, überhaupt alle nicht zum regelmäßigen Anstaltsbetriebe gehörenden Sondermaßnahmen der Anstaltsleitung, der Ärzte und des Anstaltspersonals zu unterlassen.

§ 22.

Die Mitglieder des Zentralbeirats und der Überwachungsausschüsse sollen den Kranken bei den Besichtigungen Gelegenheit geben, ihre Beschwerden vorzutragen. An Verwaltungsbehörden gerichtete Beschwerden verwahrter Kranker sind von der Anstaltsleitung dem Überwachungsausschuß bzw. dem Minister für Volkswohlfahrt zuzuleiten.

§ 23.

Die Entschädigung der Mitglieder des Zentralbeirats und der Überwachungsausschüsse mit Tagegeldern und Reisekosten regelt sich nach den von dem Minister für Volkswohlfahrt zu erlassenden Vorschriften.

§ 21.

Die Mitglieder des Zentralbeirats und der Besuchskommission (Überwachungsausschüsse) erhalten vom Staate Reisekosten und Tagegelder, deren Höhe sich nach den von dem Minister für Volkswohlfahrt zu erlassenden Vorschriften richtet.

VII. Psychiatrische Vorschläge zu einem etwaigen neuen Reichsgesetzentwurfe.

Die rein taktische Frage, ob es zweckmäßig sei, jetzt schon bei dem Erreichten Halt zu machen und zu versuchen, in der geschilderten Weise ohne allzu grundlegende Änderungen durch kleine Verbesserungen den heute vorliegenden preußischen Gesetzentwurf möglichst unschädlich zu gestalten, kann man sehr wohl in dem Sinne beantworten, wie es von der Landesdirektorenkonferenz und den übrigen dabei mitarbeitenden Fachleuten geschehen, und wie es in dem vorherigen Abschnitt näher geschildert.

Es ist aber vielleicht auch berechtigt, einmal die Dinge unerbittlich und ohne Kompromiß bis zu Ende zu denken.

Zunächst rein praktisch: Es ist selbstverständlich durchaus möglich, daß diejenigen Beamten, die die Frage der „Statthafterklärung" jeweils zu bearbeiten haben werden, — sei es nun der Landrat, die Polizeibehörde oder irgendwelche Fürsorgestellen, — sich vollkommen darüber im klaren sind, daß sie in den ihnen unterbreiteten rein ärztlichen Fragen nicht sachverständig sind und nicht sein können, und daß sie in logischer Folgerung daraus die ganze Angelegenheit als reine Formalität behandeln. Daß dies nicht im Sinne des Gesetzgebers ist, wäre noch am ehesten zu ertragen, denn wenn unzweckmäßige Gesetze gemacht werden, liegt es in der Natur der Sache, daß sie in den meisten Fällen nicht wörtlich durchgeführt zu werden pflegen. Für die betreffenden Beamten selbst wäre eine fortgesetzte Beschäftigung mit solchen symbolischen Handlungen ja sicherlich kein beneidenswerter Zustand, und der ganze große dazu nötige Apparat mit seinen zahllosen Schreibereien wäre somit eine vollkommen überflüssige Verschwendung von Arbeitskraft und von Staatsmitteln.

Oder aber die betreffenden Beamten haben die oben erwähnte Einsicht nicht, dann geht es ihnen entweder wie jenem Chanteclaire, der glaubte, daß er durch sein Krähen den Aufgang der Sonne verursache, oder aber sie fangen an zu „regieren" bzw. zu schikanieren,

sie führen dann die Bestimmungen des Gesetzes wohl wörtlich und in dem Geiste aus, in dem es geschaffen, sie können dann aber auch unendlich viel Unheil anrichten.

Die Tatsache, daß bei dem großen bürokratischen Apparat, der sich mit jeder Aufnahme zu befassen hat, auch auf die Amtsverschwiegenheit nicht unter allen Umständen Verlaß ist, und daß dadurch ein beträchtlicher Schaden für den Kranken entstehen kann, darf ebenfalls nicht außer acht gelassen werden, wie kürzlich noch *Aschaffenburg* [1]) an Hand eines sehr charakteristischen Falles dargelegt hat.

Auf die Schwierigkeit, ein einmal bestehendes Gesetz zu ändern, die bei einfachen Erlassen längst nicht in dem Maße besteht, auch wenn sie von dem Provinziallandtag gebilligt sind, sowie auf die Gefahr, daß einmal eine übelwollende Regierung Ausführungsbestimmungen erläßt, die das Gesetz zu einer schweren, kaum tragbaren Belastung ausgestalten könnten, war oben bereits hingewiesen worden.

Unter diesen Gesichtspunkten fragt es sich, ob es nicht doch möglich wäre, noch weiter zu kämpfen — insbesondere durch Aufklärung der öffentlichen Meinung — und zu versuchen, wenigstens für das vielleicht doch noch einmal kommende Reichsgesetz Bestimmungen zu erreichen, die von einem wirklich modernen Geiste getragen sind.

In neuerer Zeit mehren sich immer stärker diejenigen Stimmen, die eine Resignation ablehnen und im Interesse der Kranken eine möglichst günstige Lösung zu erzielen wünschen. Insbesondere *Aschaffenburg* [1]) spricht sich sehr energisch in diesem Sinne aus, ferner *Schwabe* [2]) und bis zu einem gewissen Grade auch *Kolb* [3]), der sich insbesondere mit der Fürsorge der außerhalb der Anstalten befindlichen Kranken befaßt bzw. verlangt, daß entsprechende Verfügungen in die Ausführungsbestimmungen, nicht im Gesetze selbst, bezüglich dessen er allerdings zu resignieren scheint, aufgenommen würden.

Es fragt sich also insbesondere, welches das Ziel ist, das unter diesen Gesichtspunkten von psychiatrischer Seite erstrebt werden sollte.

Auf eine außerordentlich wichtige, grundsätzliche Frage macht dabei *Schwabe* [2]) aufmerksam.

Bei jedem Verlangen nach einem Irrengesetze steht immer wieder im Vordergrunde der Ruf nach einem Schutze der persönlichen Freiheit.

---

[1]) l. c. S. 36.

[2]) *Schwabe*, „Zur Irrenfürsorgegesetzgebung". Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 28, S. 39.

[3]) *Kolb*, „Irrengesetz und offene Fürsorge". Ebenda S. 113.

Die persönliche Freiheit, die Unverletzlichkeit der Person ist aber in der Reichsverfassung Artikel 114 gewährleistet, und eine widerrechtliche Freiheitsberaubung wird von dem Strafgesetzbuche des Reiches unter Strafe gestellt. Die Zulässigkeit von Ausnahmen hierbei müßte also logischerweise reichsgesetzlich geregelt werden [1]), und so verlangt *Schwabe* ganz folgerichtig eine derartige reichsgesetzliche Grundlage für das Recht des Irrenarztes, Geisteskranke, die der Behandlung in einer geschlossenen Anstalt bedürfen, in dieser zurückzuhalten, auch gegen den Willen des Kranken. Er verweist dabei als ganz gleichartigen Fall auf den § 238 des neuen Strafgesetzentwurfes, der ausdrücklich vorsieht, daß „Eingriffe und Behandlungsweisen, die der Übung eines gewissenhaften Arztes entsprechen", „keine Körperverletzungen oder Mißhandlungen im Sinne des Gesetzes" sind.

Die Analogie der uns hier interessierenden Frage zu dem in diesem Paragraphen klargestellten Sachverhalte liegt auf der Hand. Beides sind Eingriffe, die seither in fast allen Fällen stillschweigend als berechtigt zugelassen wurden, während sie streng theoretisch beide eine Gesetzesverletzung darstellten, eine Körperverletzung bzw. eine Freiheitsberaubung.

Am einfachsten wäre es wohl, in diesem Paragraphen den Begriff der „Behandlungsweise" auch auf alle psychiatrischen Maßnahmen auszudehnen, dann brauchte bloß das Wort „Freiheitsberaubung" hinzugefügt zu werden; der Paragraph würde dann dahin lauten, daß „Eingriffe und Behandlungsweisen, die der Übung eines gewissenhaften Arztes entsprechen, keine Körperverletzungen oder Mißhandlungen, gegebenenfalls auch keine Freiheitsberaubungen im Sinne des Gesetzes" sind. Vielleicht wäre dies noch einfacher als, wie *Schwabe* es vorschlägt, dem entsprechenden Paragraphen über Freiheitsberaubung den Satz hinzuzufügen: „Eine widerrechtliche Freiheitsberaubung liegt insbesondere nicht vor, wenn Geisteskranke oder Geistesschwache, die wegen ihres Zustandes der Behandlung oder Pflege

---

[1]) Die Reichsverfassung verlangt allerdings nur ganz allgemein eine „gesetzliche Grundlage", es braucht also nicht grade ein Reichsgesetz zu sein, doch wäre dies in dem hier vorliegenden Falle sicherlich das Richtigste, [ebenso wie bei der Frage der Körperverletzung, s. u.], weil es sich z. B. bei der Verbringung eines Kranken in eine Anstalt ohne Auftrag einer Behörde zunächst keineswegs um eine „Entziehung der Freiheit durch eine öffentliche Gewalt" (vgl. S. 1) handelt, und das sollte doch im gegebenen Falle gleichfalls gesetzlich zulässig sein, — heute ist es das streng genommen noch nicht.

in einer geschlossenen Anstalt bedürfen, unter Wahrung der gesetzlichen Bestimmungen in eine Heil- und Pflegeanstalt aufgenommen und dort zurückgehalten werden.“

Durch die erstere, von uns hier vorgeschlagene Fassung würde insbesondere die ärztliche Seite der Frage noch mehr betont, das ärztliche Handeln zum Zwecke der Heilung und im Interesse des Kranken; es könnte dann ja bei dem Paragraphen der Freiheitsberaubung kurz in irgendeiner Weise auf die an der anderen Stelle erwähnte Ausnahme hingewiesen werden.

Es sei bei alledem von vornherein betont, daß wir uns keineswegs darauf versteifen wollen, selbstständig über alle diese Dinge zu entscheiden und ein absolutes Vertrauen zu beanspruchen, das wir nun einmal nicht besitzen [1]). Der Standpunkt *Breslers* [2]) ist sicherlich viel zu optimistisch, und es war *Beyer* [3]) ein Leichtes, ihn zu widerlegen. Wir müssen nun einmal mit der Tatsache rechnen, daß der Irrenarzt in den Augen weiter Kreise als der böse Mann gilt, der geistesgesunde Menschen gar zu gern unter seiner Fuchtel hat, um sie als geisteskrank zu erklären, oder der zum wenigsten in absolut weltfremder Voreingenommenheit mit fachwissenschaftlichen Scheuklappen versehen, bei jedem Menschen schließlich eine Geisteskrankheit oder Irrenanstaltsbedürftigkeit zu diagnostizieren vermag — von dem unausrottbaren Verdachte der Bestechlichkeit, namentlich der Ärzte bzw. Besitzer von Privatirrenanstalten, ganz zu schweigen.

Damit müssen wir rechnen und können nur darauf hoffen, daß es der Zeit gelingen möge, hier in der Meinung weiter Volkskreise einen Wandel zu schaffen. Wir wollen zur Beruhigung des Publikums jede Kontrolle über uns ergehen lassen, wenn sie nur sachlich ist, und wenn sie vor allem die Kranken nicht schädigt. Denn das ist und muß unter allen Umständen der oberste Gesichtspunkt bei jedem Gesetz und bei jeder Verfügung sein, die sich auf Geisteskranke bezieht. Wenn das Wohl der Kranken gewährleistet ist, dann mögen Beschwerdeinstanzen und Kontrollkommissionen in Tätigkeit treten,

---

[1]) Vgl. Anm. S. 128 u. 146.

[2]) *Bresler*, „Bemerkungen zu den „Vorschlägen zu einem Fürsorgegesetz für Geistes- und Gemütskranke von Dr. *Beyer*, Oberregierungsrat im Ministerium für Volkswohlfahrt“. (Volkswohlfahrt V, Nr. 19 vom 1. X. 1924. S. 394).“ Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 26, S. 173.

[3]) *Beyer*, „Bemerkungen zu den von dem Verfasser dieses Artikels gemachten Vorschlägen zu einem Fürsorgegesetz für Geistes- und Gemütskranke“. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 27, S. 59.

so ausgiebig man nur mag. Wir Irrenärzte haben, wie immer wieder betont werden muß, nichts zu verbergen und nichts zu fürchten.

Unter diesen Gesichtspunkten sind es vor allem zwei Forderungen, die wir aufstellen müssen:

1. keine Kontrolle, die imstande ist, die rechtzeitige Aufnahme eines Kranken zu verhindern oder auch nur zu verzögern, und die den Krankenhauscharakter der Heilanstalten zu gefährden vermag, also im allgemeinen: keine Kontrolle vor der Anstaltsaufnahme;

2. eine Kontrolle nur da, wo sie von irgendeiner Seite gewünscht wird, sei es von dem Kranken selbst, der sich zu unrecht interniert glaubt — also weitesten Spielraum bei dem Beschwerdewesen, — sei es von Angehörigen oder den zur Fürsorge verpflichteten Personen, die sich selbst vor dem Vorwurf ihrer Umwelt schützen wollen, sie hätten den ihnen anvertrauten Angehörigen oder Pflegling unnötigerweise in eine Anstalt verbracht. In diesem Falle, aber auch nur in diesem, sei dann sogar der Antrag an die Fürsorgebehörden, entsprechend den Vorschlägen der Landesdirektoren-Konferenz, also eine behördliche Prüfung des Falles auch vor der Aufnahme zulässig; dieser Antrag bzw. diese vorherige Entscheidung sei also nur fakultativ und nicht obligatorisch.

Durch ein derartiges Verfahren wird die Kontrolle auf diejenigen Ausnahmefälle beschränkt, in denen sie angebracht ist, und alle übrigen Fälle, die doch nur in der Praxis mehr oder weniger Selbstgänger sind, werden von der Last des ganzen bürokratischen Apparates befreit.

Es bleiben dabei die tatsächlichen Ausnahmen auch wirklich das, was sie sein sollen, und es wird nicht so, daß die im Gesetz vorgesehenen Ausnahmen praktisch zur Regel werden, und die meisten Fälle doch schließlich durch dieses Hintertürchen in die Anstalt gelangen, während die mit großen Kosten errichtete Hauptpforte mehr oder weniger unbenutzt bleibt.

Es wird dabei, und das ist auch kein unwesentlicher Punkt, sicherlich ein außerordentlich großer Aufwand erspart werden, der bei der jetzigen Regelung in Form einer durchaus überflüssigen und oft sogar schädlichen bürokratischen Schreibarbeit nutzlos vertan werden muß.

Aber auch aus einer anderen Erwägung heraus muß man zu dem gleichen Ergebnisse kommen. Wir Ärzte sollten uns ganz bewußt auf den früher bereits angedeuteten und in den nachfolgenden Zeilen näher dargelegten Standpunkt stellen und ihn unter allen Umständen durchzusetzen suchen.

Es ist nicht richtig, daß die „Freiheitsberaubung" eine wesentliche Eigenschaft der Behandlung in einer Heilanstalt sei, weder rein theoretisch-juristisch noch tatsächlich. Die Heilanstalten sind, wie schon mehrfach ausgeführt, Krankenhäuser zur Behandlung der Kranken, und ebenso, wie bei körperlichen Erkrankungen einmal unter besonderen Umständen eine Beschränkung der persönlichen Freiheit vorgenommen wird, wie etwa eine Isolierung bei ansteckenden Krankheiten o. ä., ebenso wird auch in den Heilanstalten, wenn es nötig ist, — aber auch nur dann, — eine gewisse Beschränkung der persönlichen Freiheit vorgenommen. Daß dies hier vielleicht etwas häufiger geschieht als bei körperlichen Erkrankungen, ist nicht das Wesentliche, und je besser die Anstalt ist, vor allem je mehr Personal zur Verfügung steht, desto seltener und in desto geringerem Umfange wird eine solche Beschränkung angewandt. Ihre Ausdehnung und Häufigkeit ist also letzten Endes nur eine Geldfrage, und je weiter die Entwicklung des Irrenwesens fortschreitet, desto weniger wird diese Frage überhaupt noch zur Erwägung stehen. Es hat aber keinen Zweck, heute ein Gesetz zu erlassen, von dem man mit Sicherheit voraussagen kann, daß es durch die Entwicklung in absehbarer Zeit gegenstandslos geworden sein wird.

Theoretisch-juristisch beginnt auch in den geschlossenen Heilanstalten die Beschränkung der persönlichen Freiheit nicht grundsätzlich und in jedem Falle mit der Aufnahme in die Anstalt oder schon mit dem Beginne der Verbringung des Kranken dorthin, sondern erst mit dem Augenblicke, — und nur in den Fällen, — in denen der Kranke mit einer solchen, seine persönliche Freiheit beschränkenden ärztlichen Behandlungsweise nicht einverstanden ist [1]). Die irrige Ansicht, daß dies in der Mehrzahl der Fälle zutreffe, kann nicht oft und nicht eindrücklich genug zurückgewiesen werden.

Ist der Kranke aber mit der bei seiner Erkrankung notwendigen Behandlungsweise einverstanden, so liegt keine Freiheitsberaubung im juristischen Sinne vor, volenti non fit injuria.

Oder aber ist der Kranke bereits geistig so geschwächt, daß er die Tatsache der Beschränkung seiner persönlichen Freiheit überhaupt nicht mehr bemerkt, — oder ist er so gehemmt, gesperrt, stuporös oder derartig tobsüchtig erregt und verwirrt, etwa in einem Dämmerzustande, so daß er ebenfalls keinen Widerspruch erhebt, — also bei zweifellos vorhandener Geschäftsunfähigkeit, — so kann von

[1]) Der oben näher besprochene neue ungarische Entwurf beruht vollkommen auf dieser Tatsache.



einer Freiheitsberaubung wohl ebensowenig die Rede sein wie bei einem bewußtlosen oder delirierenden Typhuskranken, der isoliert wird, und für den noch nie jemand eine besondere Garantie für den Schutz seiner persönlichen Freiheit gefordert hat. — Andererseits aber ist es natürlich ganz selbstverständlich, daß, wenn der psychisch Erkrankte dieser Behandlungsweise widerspricht, daß dann seine Geschäftsfähigkeit, wenigstens in dieser Hinsicht, zunächst einmal als vorhanden unterstellt werden muß, ebenso wie bei der Anfechtung oder Aufhebungsklage im Entmündigungsverfahren [1]).

Für alle diese Fälle also, in denen der Kranke die nach ärztlichem Ermessen nötige Behandlungsweise als Eingriff in seine persönliche Freiheit empfindet, ihr widerspricht und widerstrebt, für diese — aber auch nur für diese — ist eine juristische Betrachtungsweise, eine Mitwirkung nicht ärztlicher Behörden überhaupt angebracht. Hier aber soll sie in weitestem Umfange und so eingehend wie nur irgend möglich statthaben, damit endlich der unbegründeten Angst des Volkes vor widerrechtlichen Internierungen der Boden entzogen wird.

Dies Ziel wird aber viel sicherer erreicht durch immer größere Angleichung der Heilanstalt an die allgemeinen Krankenhäuser, als dadurch, daß man die Anstalt mit immer neuen und immer höheren Stacheldrahtzäunen von der Außenwelt absperrt.

Unter diesem Gesichtswinkel gesehen, vom humanen, rein ärztlichen Standpunkt aus betrachtet, gewinnt so die Frage der Freiheitsberaubung in der Heilanstalt und damit die Frage des Irrengesetzes eine ganz andere Gestalt.

Was aber die Hauptsache ist und immer wieder betont werden muß, das ist die Möglichkeit, daß durch Ausbau der Anstalt zu einem Krankenhause die der fachärztlichen Pflege bedürftigen Kranken r e c h t z e i t i g der einzig zuständigen spezialistischen Behandlung zugeführt werden, bevor sie sich selbst oder anderen einen Schaden zugefügt haben.

Es bleibt unverständlich, warum noch nie in der Öffentlichkeit der Gedanke aufgetaucht ist, einmal statistisch zu vergleichen, wieviel Unheil auf der einen Seite dadurch entsteht, daß Kranke nicht rechtzeitig in die Anstalt verbracht wurden, wieviel Selbstmorde, schwere

[1]) Hier ist, wie früher dargelegt, sogar das badische Gesetz nicht ganz folgerichtig, ebensowenig war es der Reichsgesetzentwurf und der erste preußische Entwurf (s. dort).



Körperverletzungen, Familienmorde, Brandstiftungen, Sittlichkeitsdelikte, von kleineren Verbrechen und vermögensrechtlichen Schädigungen gar nicht zu reden, dann hätten verhütet werden können [1]), — und wieviel Unheil andererseits tatsächlich durch eine widerrechtliche Internierung eines geistig gesunden Menschen schon nachweisbar angerichtet wurde. — Eine absolut zuverlässige Statistik über diese Dinge wäre natürlich sehr schwer zu beschaffen, aber wenn man versuchen wollte, sie aufzustellen, so läge die Schwierigkeit sicher darin, bei der übergroßen Fülle des Materials der ersten Gruppe dieses auch nur annähernd ganz zu erfassen, während bei der zweiten Gruppe auch bei mühsamstem Suchen wohl kaum irgend etwas zusammenzubringen wäre. Diese würde sich zu ersterer wahrscheinlich fast wie $0 : \infty$ verhalten.

Selbstverständlich, irren ist menschlich und es wäre nicht nur denkbar, sondern kommt, wie gesagt, auch garnicht so selten vor, daß einmal ein Kranker gegen ärztlichen Rat nicht sofort, bzw. überhaupt nicht in eine Anstalt verbracht oder entgegen dem Willen des Arztes zu früh daraus herausgenommen wurde, ohne daß daraus sofort ein Unglück entsteht. Aber was beweist das? Selbst bei 90% Wahrscheinlichkeit eines üblen Ausganges können im praktischen Falle doch einmal die 10% glücklichen Verlaufes eintreten. Der Volksmund hat dafür ein sehr drastisches Sprichwort von dem Kubikinhalt der Knollengewächse, die im reziproken Verhältnis zur Intelligenz des Züchters stehen sollen. Solche Möglichkeiten liegen eben im Wesen der Wahrscheinlichkeitsrechnung. Bei der Betrachtung einer Sache von großen Gesichtspunkten aus darf man aber doch auf derartige Ausnahmen keine Rücksichten nehmen. Übrigens handelt es sich bei den vorzeitig Entlassenen dieser Art häufig auch um Kranke, die sich auf dem Wege der Besserung befinden, bei denen man aber die Schnelligkeit, mit der diese Besserung fortschreitet, nicht vorher sicher beurteilen kann, und die Tatsache, daß in solchen Fällen dann einmal die geringere Wahrscheinlichkeit Wirklichkeit wird, beweist nicht das Geringste gegen den Standpunkt des vorsichtigen Arztes.

In gleicher Weise wäre es denkbar, daß einmal in einem Grenzfalle ein Kranker, der noch nicht oder nicht mehr unbedingt einer Anstaltsbehandlung bedürfte, doch in die Anstalt verbracht, oder im zweiten Falle auf Rat eines zu vorsichtigen Arztes noch nicht entlassen worden wäre. Das wäre möglich, das liegt in dem Begriffe der relativen Indikation, also der Tatsache, daß man in solchen Zweifelsfällen verschiedener Meinung sein kann. Aber ganz abgesehen davon, daß rein praktisch dieser Fall viel seltener ist als etwa der umgekehrte, — zu späte Anstaltsaufnahme oder verfrühte Entlassung, — wäre dies Unglück wirklich so groß? Ist der Kranke tatsächlich nicht anstaltsbedürftig, so wird sich dies doch in kürzester Zeit herausstellen, jedenfalls wäre ein derartiger Irrtum ein wiedergutzumachender Fehler, der unter Umständen sogar zu einer

[1]) Vgl. auch *Rittershaus*, „Irrsinn und Presse“ l. c.

mit Erfolg durchgeführten Schadenersatzklage des Kranken führen könnte, — aber was will dies alles besagen gegen diese nicht wieder gutzumachenden Schreckenstaten derjenigen Kranken, die nicht rechtzeitig in die Anstalt gelangen, gegen alle die Morde und Selbstmorde, gegen das Hinschlachten ganzer Familien und all das Entsetzliche, das man tagtäglich in jeder Zeitung immer wieder aufs neue lesen kann? Es ist geradezu frivol, einen derartigen Vergleich überhaupt zu ziehen und wegen dieser eingebildeten Furcht mancher Psychopathen die Gefahr all des anderen unsagbaren Unheils auf sich zu nehmen; es wird späteren Zeiten unverständlich bleiben, daß diejenigen Männer und Frauen, die das Vertrauen des Volkes besitzen, und die also doch die Einsichtigen sein sollten, bei dieser Wahl auch nur einen Augenblick schwanken konnten.

Auch eine ungerechtfertigte Untersuchungshaft kommt ja zuweilen vor, und das beste Gesetzbuch würde das nicht verhindern können, — es wird aber wohl niemandem einfallen, deshalb die Einrichtung der Untersuchungshaft überhaupt praktisch mehr oder weniger aufgeben und dafür lieber zahlreiche ungesühnte Verbrechen in den Kauf nehmen zu wollen. Wenn man in modernem Geiste von dem jus talionis absieht und den Hauptzweck der Strafe in der Unschädlichmachung und der Besserung des Verbrechers erblickt, ist die Analogie hier noch viel weitgehender.

Man müßte wirklich einmal den Mut haben, — auch auf die Gefahr hin, ein „Wutgeheul" weiter Kreise auszulösen, — in der Öffentlichkeit es mit rücksichtsloser Offenheit auszusprechen: besser, daß einmal 10 Psychopathen 3 Tage lang auf der Beobachtungsstation einer staatlichen Heil- und Pflegeanstalt zubringen, als daß ein einziger, geistig hochstehender, wertvoller Mensch in einem heilbaren Schwermutszustande aus dem Leben geht. Denn erfahrungsgemäß sind es ja gerade vielfach die heilbaren Erkrankungen und sehr oft sogar feinsinnige, feinempfindende Menschen, auf hoher ethischer Stufe stehend, die in einer Depression Hand an sich oder ihre Familie legen.

Heutzutage ist es aber gerade umgekehrt: es darf nicht nur einer, es dürfen 10 oder vielleicht 100 solcher Menschen sich oder andere töten oder sonstige Schreckenstaten vollbringen, damit nur ja nicht ein einziger Psychopath einmal einige Tage überflüssigerweise oder zu lange in einer Irrenanstalt verbleibt. Es ist fürwahr die verkehrte Welt und eine geradezu groteske Karikatur des edlen Satzes: Fiat justitia, pereat mundus. —

All das Gesagte gilt sinngemäß auch für die Privatanstalten, für die ja die öffentlichen Anstalten, wie schon *Reuß* [1]) betont, gewisser-

[1]) l. c.

maßen den Standard bilden. Weitere Einzelheiten bezüglich der Privatanstalten könnten dann ja an Hand der Gewerbeordnung in besonderen Verordnungen geregelt werden.

Interessant ist schließlich in diesem Zusammenhange auch der klassische Zeuge *Hansjakob* [1]). Dieser Schriftsteller war bekanntlich selbst einmal wegen einer Melancholie in der badischen Anstalt Illenau in Behandlung und hat seine dortigen Erlebnisse in feinsinniger Weise niedergelegt in dem Buche „Aus kranken Tagen". Die hierher gehörende Stelle ist äußerst charakteristisch:

„Wozu diese Polizeiverordnungen [2]), die gar manchen, der noch zu heilen wäre, abschrecken vom Eintritt in die Anstalt, abschrecken, bis er ganz verrückt wird und unheilbar? Ja, man sagt, es könnte einmal eine vernünftige Person wider Willen in eine solche Anstalt verbracht werden von böswilligen Verwandten! Die meisten „unschuldig" im Irrenhaus Eingesperrten spuken lediglich in Schauerromanen und Phantasiegebilden. Wenn aber auch in unserem Jahrhundert noch der eine oder andere Fall vorgekommen sein sollte, müssen deshalb Hunderte von anderen „auch unschuldig" geschädigt und unter polizeiliche Kontrolle gestellt werden? Unsere Gerichte haben schon viel mehr Leute unschuldig verurteilt, ohne deshalb polizeiliche Erlaubnis einholen zu müssen, wenn sie jemand wieder vor Gericht stellen wollen. Und wenn auch einmal ein Arzt in der Praxis draußen sich hergäbe, einen „Unschuldigen" für irrsinnig zu erklären, so würden die Irrenärzte einer Staatsanstalt den Frevel bald an den Tag bringen. Privatanstalten, wo ein Einzelner entscheidet, möge man überwachen, in Staatsanstalten aber die Aufnahme nicht durch polizeiliche Maßnahmen erschweren. Man könnte ja jedem, der sich zu Unrecht im Irrenhause befindlich glaubt, die Erlaubnis geben, den nächsten Amtsrichter oder einen Advokaten zu berufen. Die lästigen Vorverhandlungen treiben, wie gesagt, manchen von der Anstalt. Je leichter man diese aber zugänglich macht, um so mehr fallen die Vorurteile."

Auch *Reuß*, ein Jurist [3]), dessen im Jahre 1888 aufgestellte Forderungen natürlich heute nicht mehr maßgebend sein können, der aber sonst durchaus großzügig, sachlich und vielfach überraschend modern anmutet, — er nennt seinen Gesetzvorschlag schon damals ein Gesetz über die „Irrenfürsorge", — fordert für das Aufnahmeverfahren „Raschheit, Sicherheit, Einfachheit; daher kurze Fristen — wenig Behörden, keine prozessualen Förmlichkeiten, doch keine Öffentlichkeit". Diesen Worten können wir uns nur anschließen.

---

[1]) Vgl. *Rinne*, „Heinrich Hansjakob als Sachverständiger zum Irrenschutzgesetz". Psych.-neurol. Wochenschr., Bd. 28, S. 108.

[2]) Das Buch ist geschrieben vor Einführung des badischen Gesetzes, also als noch wesentlich mildere Verordnungen dort bestanden!

[3]) l. c.



Ganz abzulehnen ist bei alledem wohl der Gedanke, den *Schwabe* [1]) äußert, daß man ein möglichst freies Aufnahmeverfahren nur für gewisse Anstalten, also etwa die psychiatrischen Universitätskliniken und die großstädtischen Aufnahmestationen fordern solle, für die Irrenanstalten könne man dann sich mit umständlicheren Formalitäten, also z. B. mit einer vorherigen behördlichen Entscheidung einverstanden erklären, wie sie der preußische Entwurf vorsieht. Ganz abgesehen davon, daß man durch ein derartiges Ausnahmegesetz mit zweierlei Maß mißt und die Irrenanstalten zu minderwertigen Krankenhäusern degradiert, würde dadurch ja das ganze Gesetz gegenstandslos: in die Irrenanstalten kämen nur solch schwere Fälle, bei denen schon an sich kein Zweifel möglich ist, während gerade die noch nicht geklärten, die Grenzfälle, also gerade diejenigen, die die öffentliche Meinung gegen eine unberechtigte Anstaltsbehandlung schützen will, von dem „Schutze" des Gesetzes nicht betroffen würden. Eine solche Lösung wäre eine vollkommene Inkonsequenz von jeder Seite her: der Gesetzgeber würde seinen Zweck nicht erreichen, und die Ärzte böten die Hand dazu, ein übles Gesetz durch eine derartige Ausnahmebestimmung lebensfähig zu gestalten und die Fiktion aufrecht zu erhalten, als sei alles herrlich und wohl geordnet.

Es ist die nach unserem Empfinden nicht ehrliche Umgehung der äußeren Gesetzesform, wie man sie ja leider so häufig trifft [2]). Wir stehen im Gegensatze dazu auf dem Standpunkte, daß man für Deutschland klare Verhältnisse schaffen soll, eine ehrliche Lösung, die dem wirklichen Sachverhalte gerecht wird, und die dem Volke nichts vortäuscht, was nicht ist, weil es nicht sein kann. Es wäre ein bedauerliches Armutszeugnis für unser Volk, wenn man es hierzu nicht für reif genug hielte. —

Zusammenfassend also möchten wir unsere obigen Vorschläge vorläufig dahin formulieren:

Möglichst freie, von keinerlei juristischen oder verwaltungsrechtlichen Formalitäten behinderte Aufnahme in jede öffentliche oder private Irrenanstalt auf Grund des Zeugnisses jedes in Deutschland approbierten Arztes, ganz gleichgültig, ob praktischer oder Facharzt, ob beamteter Arzt, Arzt an der betreffenden Irrenanstalt oder an einer Privatanstalt.

---

[1]) l. c.

[2]) Vgl. auch Holland, Ungarn und andere Länder.

Ausführlichkeit und Exaktheit des Aufnahmeattestes könnte, abgesehen von dringenden Fällen, durch ein vorgeschriebenes Formular oder sonstige eingehende Vorschriften gesichert werden.

Eine weitere Folge daraus wäre die: keinerlei Beschränkung des Kreises derjenigen Kranken, für die eine Behandlung in einer Irrenanstalt zulässig ist, also grundsätzliche Zulassung von Jugendlichen, Schwachsinnigen, Psychopathen, Alkoholisten, Morphium-, Kokain-, Heroinsüchtigen und anderen Kranken dieser Art, alle zusammenfassend als „psychisch Erkrankte" bezeichnet.

Erst nach der Aufnahme, wenn also keine Möglichkeit mehr besteht, daß der Kranke als Opfer des Vorurteils und der dadurch herbeigeführten verspäteten Anstaltsaufnahme sich selbst oder anderen einen Schaden zufügen kann, mag eine Nachprüfung der Aufnahme eintreten, jedoch auch dieses nur, wenn es von irgendeiner Seite oder von dem Kranken selbst gewünscht wird oder sonst angebracht erscheint.

Wer diese nachprüfende Stelle dann ist, ob Verwaltung, Ministerium oder Amtsgericht, Polizei oder Fürsorgebehörde, oder wohl am zweckmäßigsten zunächst eine besondere Beschwerdekommission, — das ist eine nachgeordnete Frage, die gesondert zu erörtern wäre. Als Ausnahme davon wäre vorzusehen, daß, wie oben bereits ausgeführt, Angehörige bzw. andere antragsberechtigte Personen oder Dienststellen die Möglichkeit haben, falls sie es aus irgendwelchen Gründen für zweckmäßig halten, auch vor der Aufnahme einen diesbezüglichen Antrag zu stellen und zu veranlassen, daß die betreffende zuständige Behörde den Beschluß faßt, den Kranken zu einer Beobachtung oder zu seiner Behandlung bzw. Pflege in einer Heilanstalt unterzubringen.

Daneben bleibt natürlich das Recht der Behörden bestehen, von sich aus oder auf Antrag im Falle der Gemeingefährlichkeit oder Gemeinlästigkeit oder bei der Gefahr drohender Verwahrlosung des Kranken eine Anstaltsbehandlung anzuordnen.

Vollkommen überflüssig, weil sachlich nicht berechtigt, ist die in manchen Ländern noch bestehende regelmäßige Nachprüfung jeder Unterbringung eines Kranken nach der Aufnahme in der Irrenanstalt. Daß bei solchen symbolischen Handlungen zuweilen sogar Situationen entstehen können, die eines gewissen unfreiwilligen Humors nicht entbehren, wurde bei der Besprechung der diesbezüglichen Verordnungen bereits angedeutet.

Es ist, wie oben mehrfach dargelegt, wirklich nicht so, wie viele

Laien es sich vorstellen, daß fast jeder Kranke auf das Heftigste seiner Unterbringung in eine Anstalt widerstrebt; viele sind dazu schon viel zu sehr geistig geschwächt oder zu hinfällig oder von ihren krankhaften Vorstellungen vollkommen in Anspruch genommen, oder sie sind überhaupt mit ihrer Aufnahme einverstanden. Ganz abgesehen davon aber liegt in den allermeisten Fällen die Sache so sonnenklar, daß es überhaupt keiner Nachprüfung bedarf, bzw. daß diese zu einer sinnlosen Formalität wird, — oder aber es kann in schwierigen Fällen die Frage durch eine einfache Nachuntersuchung nicht geklärt werden.

Trotzdem soll, wie gesagt, ohne weiteres allen Kranken, die dies selbst wünschen, eine Nachprüfung ihres Falles zuteil werden, selbstverständlich soll dies ebenso geschehen auf Wunsch von Angehörigen oder Vormündern, die mit der Unterbringung des Kranken in einer Anstalt nicht einverstanden sind; aber andererseits soll auch nur diesen ein solches Recht zustehen, nicht etwa auch allen Fernerstehenden, es sei denn, daß diese ein berechtigtes Interesse nachweisen können. Alles übrige ist eine durch nichts gerechtfertigte Verschwendung von Zeit, Geld, Papier und Arbeitskraft. —

In den anderen Fällen jedoch möge ein Beschwerdewesen ausgebaut werden, so weitgehend, wie man es sich nur wünschen mag und mit so viel Berufungsinstanzen wie nur möglich.

Daß alle diesbezüglichen Beschwerden an die zuständige Stelle weitergeleitet werden, sofern diese nicht selbst den Beschluß gefaßt hat, sie möge für eine bestimmte Zeit von den unsinnigen Beschwerden eines bestimmten Kranken verschont bleiben, ist selbstverständlich, und es ist böswillige Gehässigkeit, wenn behauptet wird, daß solche Beschwerden zurückgehalten würden. Man möge also zur Beruhigung der Öffentlichkeit hier drakonische Strafen androhen. —

Es zeugte auch von einer vollkommenen Unkenntnis der Verhältnisse, wenn hier eingewendet würde, der Kranke könnte unter Umständen von dem Rechte einer solchen Beschwerdemöglichkeit keine Kenntnis erhalten. Es ist wirklich nicht erforderlich, daß ihm etwa durch schriftliche Zustellung oder durch Anschlag in dem Krankensaal dies bekanntgemacht würde, — (was immerhin ebenfalls geschehen könnte), — die Mitpatienten würden den Betreffenden schon sehr rasch aufklären. Ebenso liegt es ja auch mit allen etwaigen Mißhandlungen eines Kranken durch einen anderen oder durch eine Pflegeperson oder mit sonstigen Unregelmäßigkeiten: die Kranken halten in solchen Fällen recht kollegial zusammen, und es findet sich schon einer,

der dem Arzte die betreffende Angelegenheit zur Kenntnis bringt, wenn der Geschädigte selbst nicht den Mut dazu finden sollte. —

Auch die Zusammensetzung dieser hier in Betracht kommenden Beschwerdekommission ist mehr oder weniger nebensächlicher Art; zweckmäßig wäre vielleicht ein höherer Verwaltungsjurist als Vorsitzender, zwei beamtete Ärzte, von denen der eine etwa der gewöhnlich mit größerem Vertrauen beehrte Gerichtsarzt oder Physikus sein könnte, noch besser aber ein hauptamtlich tätiger erfahrener Irrenarzt, und der andere vielleicht der Direktor einer Anstalt in einem anderen Provinzialverbande oder Freistaate, um ihm vollkommene Freiheit und Unbefangenheit zu sichern, oder der Ordinarius für Psychiatrie einer Universität. Ob die Ernennung dieses, wohl am besten nebenamtlich tätigen Mitgliedes durch die Landesregierung zu erfolgen habe oder durch andere Behörden, ist eine verwaltungsrechtliche Frage.

Und schließlich könnten dieser Kommission noch zwei Laien angehören, die sogar von der betreffenden Volksvertretung oder dem Provinziallandtage aus ihrer Mitte gewählt werden könnten; selbst, wenn diese Wahl dann zuweilen nach parteipolitischen Gesichtspunkten erfolgen würde, so wäre doch wohl damit zu rechnen, daß die Wucht der Tatsachen auch Menschen, die recht vorurteilsvoll eingestellt sind, bald eines Besseren belehren würde, wie die seither gemachten Erfahrungen gezeigt haben.

Die Befugnisse dieser Kommission könnten recht weitgehend sein: Besichtigungen der Anstalt, zweckmäßigerweise allerdings wohl in Begleitung des Direktors oder eines von diesem bestimmten Stellvertreters, — Zutritt zu sämtlichen Räumen der Anstalt, Einsicht in sämtliche Akten, ungehinderter Verkehr mit den Kranken selbst, gegebenenfalls auch Beeidigung von Zeugen. Dagegen müßte man darauf bestehen, daß Vernehmungen von Pflegepersonal nur in Gegenwart des Direktors oder eines Stellvertreters desselben stattfinden dürften, damit dieser Gelegenheit hätte, von etwaigen unzutreffenden Behauptungen Kenntnis zu nehmen und ihnen sofort entgegenzutreten, um Mißverständnisse zu vermeiden. Aber auch hier könnte allenfalls zur Beruhigung des Mißtrauens noch ein Zugeständnis gemacht werden.

Nur müßte Voraussetzung sein, daß diese Kommission ihr Urteil nur auf solches Material stützen dürfte, zu dem sich zu äußern der Direktor der Anstalt vorher Gelegenheit hatte. Daß derselbe bzw. der behandelnde Arzt in dieser Weise als Sachverständiger in jedem

einzelnen Falle gehört werden müssen, ist eine Selbstverständlichkeit, die aber zu betonen vielleicht nicht überflüssig ist.

Die Funktionen dieser Kommissionen müßten genau festgelegt werden bzw. die Möglichkeiten einer Entscheidung, insbesondere auch, daß sie sich nicht darauf zu beschränken brauchte, nur die Durchführung der betreffenden Gesetzesbestimmungen zu überwachen, sondern daß sie **alle** ihr vorgetragenen Beschwerden zu prüfen berechtigt sei. Meist werden sich ja doch die Beschwerden richten entweder auf Entlassung oder gegen eine unzulässige Behandlung durch den Arzt oder das Pflegepersonal, gegen schlechte Verpflegung und dergleichen mehr.

Als Möglichkeiten der Entscheidung wären also etwa vorzusehen:

1. Abweisung der Beschwerde.
2. Eine Entscheidung dahin, daß innerhalb eines bestimmten Zeitraumes von höchstens einem Jahr keine neuen Beschwerden des betr. Kranken an den Ausschuß weiterzuleiten seien. Dies sei jedoch erst nach der dritten abgewiesenen Beschwerde desselben Kranken zulässig.
3. Überweisung des ganzen Materials an die zuständige Staatsanwaltschaft zur Prüfung der Frage, ob die Einleitung bzw. die Wiederaufhebung einer Entmündigung in Erwägung zu ziehen sei.
4. Zurückstellung der Entscheidung für eine bestimmte Zeit, die nicht länger als 3 Monate betragen darf, zur weiteren Klärung der Sachlage.
5. Sofortige Entlassung des Kranken aus der betreffenden Heilanstalt oder dem Krankenhause oder Überführung des Kranken in eine andere Heilanstalt oder in Familienpflege.
6. Antrag an die zuständigen Behörden auf Einleitung eines Disziplinarverfahrens gegen einen Arzt oder einen Beamten der Anstalt.
7. Beantragung einer Verwarnung, einer Kündigung oder einer sofortigen Entlassung eines Angestellten oder einer Pflegeperson der Anstalt. Stimmt der Betriebs- bzw. Angestelltenrat der Anstalt einer diesbezüglichen Entscheidung der Direktion nicht zu, so ist der Schlichtungsausschuß anzurufen, dem der Antrag des Beschwerdeausschusses nebst Begründung zur Kenntnis zu geben ist.
8. Überweisung des ganzen Materials an die zuständige Staatsanwaltschaft zur Prüfung der Frage, ob ein Strafverfahren

gegen einen Arzt, einen Beamten oder Angestellten bzw. eine Pflegeperson der Heilanstalt oder gegen sonst irgendeine Persönlichkeit einzuleiten sei.

9. Bei Verstößen gegen die Gewerbeordnung durch Privatanstalten: Überweisung des Materials an die zuständigen Behörden zur weiteren Veranlassung.
10. Bei außerhalb der Anstalt befindlichen Kranken: Überweisung des Materials an die zuständigen Fürsorgestellen zur weiteren Prüfung und Veranlassung.
11. Überweisung des Materials an den zuständigen Reichsausschuß. (Siehe später.)
12. Stellung eines bestimmten Strafantrages. (Siehe später.) Selbstverständlich braucht sich die Entscheidung nicht auf einen Punkt zu beschränken, so könnten also z. B. auch Beschlüsse gemäß Ziffer 1, 2, und 3 oder 5, 6 und 7 gefaßt werden oder ähnlich.

Die Zurückstellung der Entscheidung (Ziffer 4) könnte etwa auch als mildere Form der Entlassung gebraucht werden in der Weise, daß vielleicht in der Zwischenzeit eine Entlassung mit ärztlicher Zustimmung möglich wäre. —

Die Entscheidung gemäß Ziffer 8 könnte sich, nach dem Vorschlage von *Reuß*, etwa beziehen auf folgende Paragraphen des Strafgesetzbuches [1]):

a) § 133 Beiseiteschaffung von Registern, Akten unter amtlichem Verwahr;
b) § 154 Bekräftigung eines Zeugnisses durch Meineid;
c) § 174 Unzucht von Anstaltsaufsehern usw. mit ihren Kranken;
d) § 176 Desgl. mit geisteskranken Frauenspersonen;
e) § 221 Aussetzungen von hilflosen Personen;
f) § 222 Fahrlässige Tötung jemandes mit Außerachtlassung von Berufspflichten;
g) § 234 Menschenraub;
h) § 239 Widerrechtliche Freiheitsberaubung;
i) § 247 Diebstahl oder Unterschlagung in häuslicher Gemeinschaft;
k) § 266 Untreue von Kuratoren und Güterpflegern usw.

---

[1]) bzw. später sinngemäß auf die entsprechenden Paragraphen des neuen Strafgesetzbuches.

- l) § 271 Intellektuelle Urkundenfälschung (Einwirkung auf Registerführung);
- m) § 237 Widerrechtlicher Gebrauch materiell unrichtiger Urkunden;
- n) § 277 Zeugnisausstellung unter falscher Bezeichnung oder ohne Berechtigung;
- o) § 300 Unbefugte Offenbarung von Privatgeheimnissen;
- p) § 331 Annehmen von Geschenken seitens eines Beamten ohne Pflichtverletzung;
- q) § 332 Desgl. bei Verletzung von Pflichten;
- r) § 339 Mißbrauch der Amtsgewalt;
- s) § 340 Desgl. mit Begehung einer Körperverletzung;
- t) § 347 Entweichenlassen von Gefangenen;
- u) § 348/349 Falsche Beurkundung;
- v) § 350 Unterschlagung durch Beamte;
- w) § 357 Verleitung von Untergebenen zu einer strafbaren Handlung.

Vergessen hat *Reuss* dabei wohl den § 224: schwere Körperverletzung, die eine Geisteskrankheit zur Folge hat; diese könnte ja die Ursache der Anstaltsaufnahme gewesen sein.

Gegebenenfalls bezöge sich die Entscheidung nach Ziffer 9 bei Privatanstalten sinngemäß auf die entsprechenden Bestimmungen der Gewerbeordnung. —

Gegen die Entscheidungen des Ausschusses gemäß Ziffer 1, 2 und 5, allenfalls auch nach Ziffer 4 [1]), wäre dann Berufung an die zuständigen Gerichte möglich mit dem üblichen Instanzenwege, und zwar Klage auf Herbeiführung oder Aufhebung einer Entscheidung im Sinne einer oder mehrerer jener Möglichkeiten.

Eine solche Berufung gegen eine Entscheidung des Ausschusses müßte wohl zweckmäßigerweise aufschiebende Wirkung haben. Dies bedeutet, daß in solchen, doch immerhin strittigen Fällen der Kranke dann vorläufig noch in der Anstalt verbleibt, ohne daß weitergehende und gegebenenfalls schwerwiegende Maßnahmen getroffen werden, die unter Umständen durch die nächsthöhere Instanz rückgängig gemacht werden müßten, was aber dann wiederum in vielen Fällen

[1]) Beschwerden gegen die übrigen Entscheidungen wären natürlich gegenstandslos, da diese ja ihrerseits nur die „Prüfung" eines Punktes durch irgendeine Dienststelle oder Behörde herbeiführen, und da gegen das Ergebnis dieser Prüfung andere Beschwerdemittel o. ä. zur Verfügung stehen.

gar nicht mehr möglich wäre, oder zum wenigsten eine außerordentliche Härte bedeuten würde.

Derselbe Ausschuß könnte dann auch das Recht bzw. die Pflicht erhalten, eine regelmäßige Besichtigung der Anstalten und insbesondere auch der Privatanstalten vorzunehmen, um gegebenenfalls mündliche Beschwerden entgegenzunehmen.

Derartige Besichtigungen haben sachlich natürlich recht wenig Zweck, da sie überflüssig sind; sie sind unter Umständen auch geeignet, unnötige Erregung bei manchen Kranken hervorzurufen, doch könnten diese Nachteile, wie früher bereits einmal ausgeführt, ohne weiteres mit in Kauf genommen werden, da wir nun einmal mit den vorhandenen Vorurteilen zu rechnen haben, und man diese wohl nicht besser bekämpft als dadurch, daß man immer und immer wieder ihre Grundlosigkeit nachweist. Unter diesen Gesichtspunkten mögen derartige Besichtigungen nach dem Grundsatze des kleineren Übels als weiteres Sicherheitsventil zugestanden sein, wir Irrenärzte haben, wie schon mehrfach betont, davon nichts zu befürchten.

Zweckmäßig wäre es vielleicht, zu den Aufgaben dieses Beschwerdeausschusses auch die Kontrolle der nicht unter psychiatrischer Leitung stehenden Krankenhäuser hinzuzufügen. Gerade dort werden nicht gar so selten unter bewußter Konzession an das Vorurteil und unter dem Vorwande von „Nervenkrankheit“ Geisteskranke behandelt, in unzweckmäßigen Räumen, von ungeschultem Personal, womöglich mit veralteten Mitteln, wie mehrfach schon dargelegt. — In anderen ärztlichen Spezialgebieten wären analoge veraltete Behandlungsmethoden, die vielfach direkt als Kunstfehler bezeichnet werden müssen, einfach unmöglich. Und doch soll es in Deutschland große moderne Krankenhäuser geben, die noch im Jahre 1925 für Geisteskranke, [deren Behandlung, nebenbei gesagt, überhaupt nicht zur Aufgabe der betreffenden Krankenhäuser gehört,] schwer gesicherte „Isolierzellen“ neu gebaut haben; wenn dies richtig ist, so wäre damit wohl aufs deutlichste, — leider aber nicht den zuständigen Behörden, — der Beweis erbracht, daß die betreffenden Ärzte in der praktischen Behandlung von Geisteskranken hinter der Entwicklung der modernen Psychiatrie um 30 und mehr Jahre zurückgeblieben sind. —

Ein äußerst wichtiger Punkt, der in fast allen bestehenden Verordnungen und Gesetzen gar nicht oder nur ganz ungenügend berücksichtigt wurde, ist die Fürsorge, oder sagen wir es richtiger,

der Schutz der Geisteskranken, die sich nicht in der Anstalt befinden. Hier klafft wirklich überall eine Lücke, die auszufüllen dringend nötig wäre.

Bis jetzt sind Geisteskranke, die sich nicht in einer Anstalt befinden, nur geschützt: weibliche Kranke durch § 176/II StGB. gegen außerehelichen Beischlaf, ferner allgemein durch § 224: schwere Körperverletzung, die eine Geisteskrankheit zur Folge hat. Außerdem besteht zivilrechtlich eine Haftung der Angehörigen nach § 832 BGB., jedoch nur für Sachschaden. [Es ist dies wiederum ein typisches Beispiel jenes viel bedauerten Einflusses des unserem germanischen Rechtsempfinden so fremd gegenüberstehenden römischen Sachenrechtes. Für Körperverletzungen oder gar Ehrverletzungen haften die schuldbaren Angehörigen eines Kranken nicht, ebensowenig wie für Selbstbeschädigung oder Selbstmord des Patienten. Eine gewisse Ausnahme macht hier nur das mehrfach erwähnte bayrische Polizei-Strafgesetzbuch.]

Die Fälle, daß ein Geisteskranker, — nicht in der Irrenanstalt, sondern außerhalb derselben, — von seiner Umgebung, häufig sogar von den eigenen Angehörigen seiner Freiheit beraubt wird, oft in der grausamsten Weise, sind gar nicht selten. Man braucht nur, wie ja schon mehrfach erwähnt, zur Illustrierung aller dieser Dinge einmal die Spalten der Presse regelmäßig zu durchmustern, und man wird jedes Jahr wenigstens mehrere Fälle verzeichnet finden, in denen irgendwo ein Geisteskranker aufgefunden wurde, der von seinen Angehörigen, um die Anstaltskosten zu ersparen, irgendwo in tiefster Verwahrlosung versteckt gehalten wurde. Das gleiche gilt für Mißhandlungen brutalster Art sowie, — vielleicht am häufigsten vorkommend und am seltensten zur gerichtlichen Aburteilung gelangend, — für vermögensrechtliche Ausbeutungen eines Geisteskranken oder Schiebungen der verschiedensten Art zu seinem Nachteile. Einzig und allein das Regulativ der Stadt Berlin (vgl. S. 52) versucht Möglichkeiten der letztgenannten Art Rechnung zu tragen.

Daß in solchen Fällen aber selbst eine Entmündigung nicht immer den genügenden Schutz zu verleihen vermag, wenn bei der Auswahl des Vormundes dem Gerichte ein Irrtum über dessen Eignung zu diesem Amte unterläuft, hatte ich an einem besonders traurigen Falle erfahren können, der andeutungsweise seinerzeit veröffentlicht wurde und Veranlassung gab, hier gewisse rechtliche Kautelen anderer Art zur Erörterung zu stellen [1]).

---

[1]) „Zur Frage der rechtlichen Stellung des Entmündigten". Archiv f. Psychiatrie Bd. 73, S. 312.

Es müßte jede vermögensrechtliche Ausbeutung eines Kranken besonders strenge bestraft werden; auch der Versuch dazu sollte strafbar sein, ebenso jede schuldhafte Verwahrlosung eines Kranken. Die Einzelheiten, wie sie in nachstehendem Entwurfe hierzu vorgeschlagen sind, sind natürlich ganz unverbindlicher Art.

Ferner müßte, und zwar nicht nur zivilrechtlich, (was ja in vielen Fällen zwar schon möglich, aber praktisch ganz ungenügend ist), sondern auch strafrechtlich, im Sinne des bayrischen Polizeistrafgesetzbuches, verfolgt werden jedes Verschulden von Angehörigen, Vormündern oder sonstigen zur Aufsicht verpflichteten Personen an jedem Schaden, den ein Geisteskranker sich selbst oder anderen zufügt, und zwar ganz gleichgültig, ob es sich um Körperverletzung, Eigentumsvergehen, Sittlichkeitsverbrechen oder Beleidigungen und üble Nachrede handelt. Die Strafverfolgung müßte so eintreten, als ob die Betreffenden selbst das Vergehen fahrlässig begangen hätten.

Natürlich würde hier jedesmal der Einwand erhoben werden, daß die Betreffenden von der Gefährlichkeit des Kranken keine Kenntnis gehabt hätten, und es ist klar, daß man ihnen hier den guten Glauben in vielen Fällen nicht wird so widerlegen können, daß darauf eine Verurteilung aufgebaut werden könnte.

Man müßte also bei alledem eine Bestrafung auf diejenigen Fälle beschränken, in denen die Angehörigen usw. nachweisbar gegen den dringenden Rat eines Arztes den betreffenden Kranken nicht rechtzeitig in die Anstalt verbracht oder ihn entgegen dem ausdrücklichen Rate des Anstaltsarztes und gegen Unterzeichnung des mehrfach erwähnten Reverses aus der Anstalt herausgenommen haben, oder wenn sie doch wenigstens den ganzen Umständen nach annehmen mußten, daß eine Anstaltsaufnahme bzw. -behandlung nötig war. Der Arzt müßte dabei selbstredend von der Berufsverschwiegenheit des § 300 StGB. entbunden werden. Daß der Direktion der Anstalt eine Anzeige zur Pflicht gemacht würde, ist wohl nicht zweckmäßig, da dieses einerseits das Vertrauen zur Anstalt gefährden könnte, und da andererseits sich in solchen Fällen doch der Geschädigte selbst oder dessen Angehörigen beschwerdeführend an die Behörde wenden dürften. Sinngemäß müßte unter den gleichen Voraussetzungen auch jede vermögensrechtliche oder sonstige Schädigung, die einem psychisch Erkrankten zugefügt wird, entsprechend strenge bestraft werden. Zu diesem Zwecke müßte natürlich die Staatsanwaltschaft in allen Fällen dieser Art, die ihr irgendwie bekannt werden, in eine Prüfung eintreten und gegebenenfalls ex officio die Strafverfolgung ein-

leiten. Nur dann wäre auch die heute übliche Unterzeichnung eines „Reverses" mehr als eine reine Formsache. —

Weiter müßte eine großzügige Fürsorge geschaffen werden für alle Kranken, die aus der Anstalt entlassen sind, und zwar durch Fachärzte, die selbst Ärzte der Anstalt sind oder mit dieser in Beziehung stehen, vielleicht auch in Verbindung mit den Fürsorgeämtern. Diese Ärzte müßten die Befugnis haben, alle Fälle nachzuprüfen, in denen der Verdacht einer Verwahrlosung, einer Mißhandlung oder einer vermögensrechtlichen Schädigung eines Kranken besteht, oder in denen die Gefahr eines Selbstmordes oder einer kriminellen Handlung vorhanden zu sein scheint. Eine derartige großzügig durchgeführte Fürsorge wäre der beste Schutz der Allgemeinheit vor kriminellen Geisteskranken und jedenfalls bedeutend wirkungsvoller als sämtliche polizeilichen oder bureaukratischen Maßnahmen. Dies alles gehörte jedoch besser in Verordnungen über die Familienpflege und die allgemeine Fürsorge. Wertvolle Ansätze zu einer solchen sozialen Irrenfürsorge sind übrigens bereits vorhanden [1]. — Alles das müßte aber der betreffende örtliche Beschwerdeausschuß überwachen, im Einzelfalle für Abhilfe sorgen und grundsätzliche Fragen dem gleich zu besprechenden Reichsausschuß zur Prüfung weiterreichen. —

Es wäre nämlich dann noch zu erwägen, ob man nicht von ausländischen Irrengesetzen Maßnahmen herübernehmen könnte, die sich dort im allgemeinen recht gut bewährt haben. Insbesondere könnte man hier denken an die im englischen Gesetz vorhandenen zentralen Kontrollkommissionen, die sogenannten „Commissioners in Lunacy", oder an die entsprechende Einrichtung in Holland, — ein Gedanke, der dem Sinne nach schon im Jahre 1897 von dem Deutschen Verein für Psychiatrie angeregt worden war [2] und dann später auch von *Schultze* und *Kahl* aufgenommen wurde [3]. Es muß ohne weiteres zugegeben werden, daß die Einführung derartiger Instanzen bei unserer dezentralisierten Verwaltung und der Uneinheitlichkeit unseres Irrenwesens in verwaltungsrechtlicher Hinsicht auf außerordentlich große Schwierigkeiten stoßen müßte. In Preußen sind die

---

[1] z. B. *Bresler*, *Faltlhauser*, *Fischer*, *Möckel*, *Kolb*, *Kroemer*, *Raecke*, *Roemer*, *Werner* u. a. (s. Lit.-Verzeichn.). Ferner die Verordnung des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 2. XI. 1920 (Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 23, S. 108), sowie die Einrichtungen im Rheinland und an manchen andern Stellen.

[2] Vgl. S. 14.

[3] Vgl. S. 28.



Anstalten zum größten Teile Provinzialanstalten, oder sie sind städtisch wie in Berlin, Frankfurt a. M., Köln und an anderen Orten, teils sind die Universitätskliniken staatlich. In Bayern sind die Anstalten in ähnlicher Weise der jeweiligen Kreisregierung unterstellt, in anderen Ländern aber direkt der betreffenden Staatsregierung. —

Ein Eingriff in die Hoheitsrechte der Einzelstaaten müßte natürlich nach Möglichkeit vermieden werden. Andererseits greift das Reich aber so oft und so weitgehend in diese Rechte ein, — es sei nur an die Finanzhoheit und an das Sperrgesetz für die Beamtenbesoldung erinnert, — daß einem derartigen Reichsgesetze grundsätzliche Bedenken jedenfalls nicht entgegenstehen würden.

Vielleicht ließe sich ein Ausweg in der Weise finden, daß diesen Kommissionen nur reine Aufsichtsbefugnisse erteilt würden, nicht das Recht eines direkten Eingreifens, ferner, daß ihre Tätigkeit im Gegensatze zu England auf grundsätzliche Fragen allgemeiner Art beschränkt sein müßte, während alle Fragen, die einzelne Kranke oder sonst irgendwelche Einzelfälle betreffen, zu den Befugnissen des oben näher geschilderten örtlichen Beschwerdeausschusses gehörten.

Was nun den Aufgabenkreis dieser „Reichsausschüsse", wie sie einmal genannt seien, betrifft, so könnte man vor allem denken an die Überwachung der Bereitstellung von ausreichenden und hygienisch einwandfreien Räumlichkeiten, eine Aufgabe, die gerade die englischen und holländischen Kommissionen seinerzeit in so vorzüglicher Weise erfüllt zu haben scheinen.

Es ist dabei nicht zu befürchten, daß durch die von derartigen Reichsausschüssen geforderten Reformen eine unerträgliche finanzielle Belastung entstehen würde, da im allgemeinen unser Irrenwesen in Deutschland heute auf einer solchen Höhe steht, daß umfassende Um- oder Neubauten nicht mehr erforderlich sind, es sei denn, daß sie durch Bevölkerungszuwachs oder aus anderen Gründen nötig werden, also auch ohne diese Kommission erfolgen müßten.

Wahrscheinlich würden sich diese Ausschüsse nur mehr „prophylaktisch" auswirken, ihr Vorhandensein und die Möglichkeit ihres Einschreitens würde genügen, alle Dienststellen zu veranlassen, das zu tun, was sie aus sachlichen Gründen von sich aus tun müßten.

Gedacht ist weiterhin an die Bereitstellung eines genügend zahlreichen und entsprechend vorgebildeten ärztlichen Personals. Die Frage, ob in einer Anstalt einige Ärzte mehr oder weniger angestellt werden, ist im Vergleich zu den Gesamtkosten einer Anstalt so geringfügiger Art, daß finanzielle Gründe hier nicht ausschlaggebend sein

können. Der Ausschuß würde hier vielleicht recht segensreich wirken, wenn er darauf dränge, eine derartige unwirtschaftliche Sparsamkeit am unrichtigen Orte, wie sie leider noch so vielfach geübt wird, zu beseitigen. Das Gleiche gilt sinngemäß von der dienstlichen, sozialen und wirtschaftlichen Stellung der Ärzte, — Punkte, die in den einzelnen Anstalten Deutschlands derartig krasse Unterschiede zeigen, daß die örtlichen Sonderverhältnisse unmöglich als ausreichende sachliche Begründung herangezogen werden können. Meist werden es unsachliche und persönliche Gründe sein, die an dieser oder jener Stelle Fortschritte verhindern, welche an anderer Stelle bei sachlichem Wohlwollen der entscheidenden Behörde zur allseitigen Zufriedenheit längst durchgeführt sind, und die nicht zuletzt dem Wohle der Kranken dienen.

All das Gesagte gilt sinngemäß auch für das Pflegepersonal. Auch hier bestehen organisatorisch außerordentlich große Unterschiede. Es würde selbstverständlich nicht Aufgabe dieser Reichsausschüsse sein, insoweit in die Befugnisse der Einzelregierungen einzugreifen, daß sie etwa die Dienstzeit des Pflegepersonals u. ä. beeinflußten. Wohl aber sollen sie, wenn ein Land etwa strenge an der Durchführung des Achtstundentages bzw. der 48-Stundenwoche festhält, oder in sozial wohlwollender Weise noch andere Diensterleichterungen gewährt, darauf hinweisen, daß unter solchen Maßnahmen dann aber nicht die Kranken leiden dürfen, und daß dann eben eine entsprechend größere Anzahl von Pflegepersonen bereitgestellt werden muß.

Überhaupt sollen die Ausschüsse alle persönlichen und unsachlichen Gegensätze ausgleichen [1]), welche etwa die den allgemeinen Umständen nach an sich wohl durchführbare bestmögliche Behandlung der Kranken erschweren könnten. Das Recht, den Ausschuß anzurufen, müßte der Lage der Dinge nach natürlich auch mit weitgehenden Sicherheitsmaßregeln umgeben sein, wie sie später in unmaßgeblicher Form noch vorgeschlagen werden sollen (vgl. S. 206).

Ferner soll der Ausschuß jeder Art von Winkelpsychiatrie zu Leibe gehen. Es soll ja leider auch in Deutschland noch vorkommen, daß private oder auch öffentliche, kleinere oder größere Krankenhäuser, fromme Stiftungen, Klöster, Erziehungsheime für psychopathische Kinder oder andere Organisationen, Geisteskranke aller Art und aller Grade verpflegen, — [etwa mehr oder weniger Schwachsinnige oder Idioten, oder Kranke, die das Vorurteil vor der Irrenanstalt verhindert hat, an der einzig für sie zuständigen Stelle Rat und Hilfe zu suchen,]

[1]) Wie sie etwa *Weber* befürchtete (Zur fachärztlichen Vertretung bei den Behörden. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 23, S. 20).



— und daß hier die fachärztliche Behandlung mehr oder weniger ganz fehlt, oder doch recht mangelhaft ist.

Die Folgen davon sind dann alle die Mängel, die schon mehrfach besprochen. So hatte *Weygandt* noch wenige Jahre vor dem Kriege einen Zwangsstuhl, ein ungeheuerliches Möbel, das 100 Jahre früher einmal seine historische Berechtigung gehabt hätte, in einer süddeutschen Idiotenanstalt aufgefunden, wo derartige Stühle damals noch in Gebrauch waren; der Stuhl ist heute eine Zierde des historischen Museums der Hamburger Klinik. — Wie oft Zwangsjacken, Fesselungen oder körperliche Mißhandlungen, „Züchtigungen" und ähnliches an derartigen nicht psychiatrisch geleiteten Stellen noch vorkommen, darüber gibt es begreiflicherweise keine Statistik.

Solche Dinge müßte der Reichsausschuß verhüten. Selbstverständlich soll der Ausschuß nicht in die ärztliche Überzeugung eingreifen und etwa neuere Behandlungsmethoden erzwingen, und wenn ein Arzt eine früher geübte Methode in ganz bestimmter Absicht wieder aufgreift, so wird der Ausschuß die wissenschaftliche Überzeugung achten. Er wird aber andererseits es leicht durchschauen, wenn im Einzelfalle eine angebliche wissenschaftliche Überzeugung nur Vorwand ist zur Aufrechterhaltung eines bequemen und vielleicht auch Kosten ersparenden alten Schlendrians.

In allen diesen und in zahlreichen anderen hier denkbaren Fällen soll der Ausschuß, wie gesagt, nur durch die Tatsache seiner Anwesenheit wirken.

Sollte dies nicht genügen, so möge er vertraulich bei den betreffenden Stellen vorstellig werden und die Beseitigung der Mißstände anregen.

Wird dieser Anregung nicht gefolgt, so blieben ihm noch weitere Möglichkeiten.

Einmal der moralische Druck eines Berichtes an die Reichsregierung und der einer etwaigen auszugsweisen Veröffentlichung dieses Berichtes in der Fachpresse. Durch die Redaktion dieses Auszuges hätte der Ausschuß wohl ein außerordentlich wichtiges Mittel in der Hand, seinen Anregungen Beachtung zu sichern, denn bereits durchgeführte Verbesserungen würden entweder gar nicht oder lobend in dem Bericht erwähnt werden.

Dann aber müßte noch eine höhere Instanz vorhanden sein, die etwa aus der Gesamtheit aller Reichsausschüsse bestehen könnte, und die infolge ihrer Zusammensetzung wirklich eine Gewähr für eine über jeden Zweifel erhabene rein sachliche und gerechte Betrachtung

der Sachlage und eine vollkommen unparteiische Würdigung jeder etwaigen Rechtfertigung der beanstandeten Dienststelle bieten würde.

Wenn dieser Gesamtausschuß dann mit der ganzen Wucht seiner Autorität irgendwelche Maßnahmen dringend empfehlen würde, könnte sich diesem Druck wohl kaum eine örtliche Behörde widersetzen.

Sollte dies aber wider Erwarten doch geschehen, so müßte als letzter Ausweg die Möglichkeit einer bindenden autoritativen gerichtlichen Entscheidung vorhanden sein.

Da es sich in diesen Fällen nur um schwerwiegende grundsätzliche Fragen handeln würde bzw. vielleicht sogar um den Konflikt einer Einzelregierung mit der Reichsregierung, so könnte wohl nur das Reichsgericht in Frage kommen.

Der Gesamtausschuß müßte sein Material mit entsprechenden Anträgen der Reichsregierung übergeben, die dann ihrerseits bei dem Reichsgericht durch den Reichsanwalt eine entsprechende Klage erheben lassen könnte.

Als rechtliche Grundlage zu einer derartigen Klage müßte dann der § 1 des Gesetzes in möglichst allgemeiner Weise es aussprechen, daß in Deutschland allen irgendwie psychisch Erkrankten leichter und schwererer Art diejenige Behandlung, Fürsorge und Pflege zuteil werden solle, die die Menschlichkeit erfordert, und die der jeweilige Stand der Wissenschaft ermöglicht.

In den amtlichen Erläuterungen zu dem Gesetz oder noch besser in einem anderen Paragraphen könnte dann näher ausgeführt werden, daß hier nicht nur Geisteskranke und Schwachsinnige aller Grade gemeint sind, sondern alle psychopathisch Veranlagten, insbesondere auch alle Alkohol-, Morphium-, Kokain- und sonstigen Süchtigen, nervöse und psychopathisch Veranlagte jedes Lebensalters usw. Grundsätzlich soll für alle diese, wie gesagt, in folgendem stets der Ausdruck „psychisch Erkrankte" gebraucht werden.

Noch ein Wort über die Zusammensetzung der Reichsausschüsse und die örtliche Begrenzung ihres Wirkungsbereiches.

Was zunächst letzteren anbelangt, so wird die Praxis ergeben müssen, wie groß derselbe am zweckmäßigsten gezogen wird, und die in nachstehendem Entwurfe gemachten Vorschläge sollen nichts sein als eine unverbindliche Anregung. Ebenso müßte die Möglichkeit einer Vermehrung dieser Ausschüsse oder einer anderen Abgrenzung ihres Wirkungsbereiches gegeben sein.

Im Gegensatz zu den Beschwerdeausschüssen, bei denen juristische Fragen eine große Rolle spielen, und bei denen deshalb ein juristischer

Vorsitzender vorgeschlagen wurde, handelt es sich hier wohl ausschließlich um Fragen, die nur von dem erfahrenen Facharzte richtig beurteilt werden können. Es ist deshalb unbedingt erforderlich, daß ein solcher hier den Vorsitz in jedem Ausschuß erhält, und zwar eine Persönlichkeit, die ihrer seitherigen Tätigkeit nach als unbedingte Autorität angesprochen werden kann. Dazu wäre erforderlich, daß sie wenigstens 10 Jahre als Direktor einer staatlichen Irrenanstalt oder als Ordinarius für Psychiatrie an einer deutschen Universität tätig gewesen ist. Um weiterhin jeden Schein mangelnder Unparteiigkeit zu vermeiden, müßte der Betreffende als unabhängiger und unkündbarer Reichsbeamter in entsprechender Gehaltsgruppe fest angestellt sein.

Als juristischer Beisitzer des Ausschusses sei ein Mitglied des Reichsgerichts vorgeschlagen, das im Nebenamte diese weitere Tätigkeit ausüben könnte. Bezüglich der Dauer seiner Tätigkeit sei wiederum ein ganz unverbindlicher Vorschlag gestattet.

Als drittes Mitglied soll auch hier der Laie, der Vertrauensmann der Volksvertretung, willkommen sein.

Daß das erforderliche Unterpersonal und entsprechende Büroräumlichkeiten bereitgestellt werden, ist eine Selbstverständlichkeit, finanzielle Schwierigkeiten werden bei alle dem nicht entstehen, da es sich ja überhaupt nur um ganz wenige Personen handelt, die den gesamten Reichshaushalt nicht wesentlich belasten werden.

Und schließlich wäre noch ein Punkt zu erwähnen, den ich bereits früher an einer anderen Stelle einmal ausgesprochen hatte [1]).

Selbstverständlich geben wir zu, daß auch wir Irrenärzte menschlichem Irrtum unterworfen sind, und daß in einem schwer zu beurteilenden Grenzfalle einmal eine Folgerung gezogen werden könnte, die vielleicht nicht unbedingt nötig gewesen wäre, (ebenso wie ja auch Gerichte einmal ein Fehlurteil fällen können), und es gibt kein „Irrenrecht", das Derartiges mit vollkommener Gewißheit verhindern könnte.

Eine Sicherheit gegen solche menschlichen Unvollkommenheiten bietet aber nicht die bureaukratische Fessel eines Gesetzes, das bei seiner Durchführung doch eben immer wieder auf ausführende Organe, hier also letzten Endes auf die Irrenärzte, angewiesen ist, sondern nur die geistige und sittliche Höhe des ganzen Standes.

Wichtig wäre hier nicht nur die Beseitigung der oben bereits angedeuteten maßlosen Überbürdung der meisten beamteten Irrenärzte, —

[1]) „Zur Frage der Irrengesetzgebung". Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 27, S. 83.

[die infolge eines nicht immer sachgemäßen und vielfach wohl nur aus politischen Rücksichten so intensiv erfolgten Beamtenabbaues eingetreten ist,] — sondern vor allem eine noch bessere, vollkommenere wissenschaftlich-klinische Aus- und Fortbildung sowie überhaupt ganz allgemein und grundsätzlich eine soziale und wirtschaftliche Hebung des ganzen Standes, damit nur die besten Elemente und die fähigsten Köpfe sich zu diesem Berufe drängen [1]).

Die Erreichung dieses Zieles gäbe wohl die beste Garantie gegen etwaige Irrtümer im Einzelfall.

Leider sind wir davon sowie ganz allgemein von einer entsprechenden Anerkennung der irrenärztlichen Tätigkeit durch die Behörden vielfach noch recht weit entfernt. — Hier könnten ebenfalls die geschilderten Reichsausschüsse nach dem Vorbilde der englischen „Commissioners in lunacy" außerordentlich segensreich wirken. —

Als drastisches und abschreckendes Gegenbeispiel sei hier schließlich nochmals auf die Schilderung verwiesen, die *Berze* [2]) an der Hand französischer Berichte von den dortigen Anstaltsärzten gibt, und von den verheerenden Folgen des Systems unzureichender Entlohnung für die Qualität der Ärzteschaft. —

Es ist nun selbstverständlich nicht Sache des Arztes, formulierte Gesetzesvorschläge zu unterbreiten, da ihm hier alle juristischen Voraussetzungen fehlen. Wenn trotzdem versucht werden soll, zum Schlusse dieser Ausführungen einen derartigen Entwurf aufzustellen, so geschieht dies selbstverständlich nur in der Absicht, in geschlossener Form und als Grundlage zu einer Erörterung noch einmal unsere Vorschläge zusammenzufassen; daß sie keine endgültige Form eines etwaigen Gesetzes darstellen sollen, braucht wohl nicht noch einmal besonders betont zu werden.

Daß sie, rein vom Standpunkte des Wohles der Kranken aus, ein Ideal darstellen, das vorläufig wohl noch nicht erreicht werden kann, weil unsere Zeit noch nicht reif dazu ist, — daß sie heftige Kritik und

---

[1]) Im Staate New-York betrug z. B. im Jahre 1906 — [wahrscheinlich dürften inzwischen weitere Erhöhungen vorgenommen worden sein] — das Gehalt des ersten Direktors einer Anstalt $ 6000 nebst Emolumenten, d. h. M. 25 200 sowie freie Wohnung usw. und in England gar 2000 Pfund = M. 40 000. (Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 11, 1909, S. 286 u. S. 294. — Bd. 12 1910, S. 52.)

[2]) *Berze*, „Dubief und die französischen Anstaltsärzte". Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 11, S. 245.



erbittertste Ablehnung von vielen Seiten erfahren werden, — auch darüber wird man sich vollkommen im klaren sein können. Das alles soll jedoch nicht verhindern, einmal ein solches Ideal aufzustellen. Vielleicht werden spätere Zeiten doch darauf zurückkommen. —

Praktisch undurchführbar sind die Vorschläge jedenfalls nicht, denn sie enthalten zum allergrößten Teile nur Dinge, die in dieser oder jener Form, in diesem oder jenem Lande bereits Wirklichkeit geworden sind. Außerdem würden sie jedenfalls bedeutend weniger Kosten verursachen als die seitherigen reichsdeutschen oder preußischen Entwürfe, — von den indirekt zu erwartenden Ersparnissen ganz zu schweigen.

Sie erstreben eine Regelung, die es ermöglicht, ohne inkorrekte Dehnung von Gesetzesbestimmungen und ohne der öffentlichen Meinung Sand in die Augen zu streuen, dem wirklichen Wohle der Kranken zu dienen. Sie sind bereit, an das allgemeine, leider noch bestehende Vorurteil Zugeständnisse zu machen, Zugeständnisse von einem Umfange, wie nicht viele der bestehenden Gesetze es tun, aber Zugeständnisse, die auch wirklich Sinn haben, die durchgeführt werden können, und die den Kranken tatsächlich nutzen, sie überwachen, und die ihnen größtmöglichsten Rechtsschutz gewähren können, — nicht aber Konzessionen, die von vornherein nur auf dem Papier stehen, weil sie sich in der Praxis einfach nicht durchführen lassen, und die schließlich nur die Funktion einer Beruhigungspille für die öffentliche Meinung ausüben.

Es sollen vor allem die Kranken nicht nur vor eingebildeten oder unter hunderttausenden von Fällen vielleicht einmal vorkommenden Gefahren geschützt werden, sondern vor solchen, von denen sie alltäglich bedroht sind, und gegen die noch niemand anscheinend gewagt hat, so gründlichen und ausgedehnten Schutz zu fordern, weil stets das Gespenst der unwirklichen, vermeintlichen Gefahr alle Aufmerksamkeit in Anspruch genommen hatte.

Und schließlich würden diese Vorschläge auch vielleicht der beste Weg zu einem anderen Ziele sein, das so oft — unvereinbar mit der immer wieder sich in den Vordergrund drängenden Forderung nach Schutz vor Internierung — in naiver Inkonsequenz zugleich damit erstrebt wird: der Schutz der Gesunden vor den Kranken.

Nur auf solche Weise, wie hier vorgeschlagen, nur durch rein ärztliche Behandlung der Dinge lassen sich diese beiden einander so widerstrebenden Forderungen gleichzeitig lösen, lassen sich aber auch dann so lösen, daß das erstrebte Ziel wirklich erreicht wird.

Behandlung der Kranken als Kranke im Sinne der Menschlichkeit, Schutz der Geisteskranken gegen die ihnen wirklich drohenden Gefahren, Schärfung des Gewissens und tatsächliche Verantwortlichkeit derjenigen, die in Wirklichkeit die Pflicht haben, für die Kranken zu sorgen und damit Schutz der Gesellschaft vor den unverantwortlichen Kranken, — das sind die Ziele dieser Vorschläge.

Es kommt dabei nicht auf Einzelheiten an, sondern auf das Ganze und auf den Geist dieser Reform.

VII. Einzelheiten des Entwurfs.

Und schließlich noch einige Worte über den hier vorgeschlagenen Entwurf selbst (vgl. S. 214). — Zunächst bemüht er sich, einen Fehler zu vermeiden, an dem eigentlich alle derartigen Gesetze und Gesetzentwürfe mehr oder weniger leiden, nämlich den einer zu großen, um nicht zu sagen sklavischen Abhängigkeit von dem jeweils schon bestehenden Rechte. So unterscheiden sich, wie wir gesehen haben, das holländische und schwedische Gesetz kaum von ihren Vorgängern, das badische Gesetz geht auf die früher dort bestehenden verwaltungsrechtlichen Regelungen zurück, der preußische Entwurf auf das badische Gesetz bzw. fast ebensosehr auf die einzelnen provinziellen preußischen Verordnungen, der neue ungarische Entwurf schließt sich eng an die seitherige Form des Gesetzes an [1]) usw.

Diesen Vorwurf wird man dem nachfolgenden Entwurfe nicht machen können. Er lehnt sich an kein einzelnes Vorbild an, sondern versucht im wesentlichen neue Wege zu gehen. Er nimmt dabei das Gute von den verschiedensten Seiten her; trotzdem wird man andererseits nicht sagen können, daß er rein eklektisch sei, daß er aus den verschiedensten Gesetzen nur gerade das Psychiaterfreundlichste herausgelesen und ohne innere Verarbeitung in unorganischer Weise zusammengestellt habe, so wie es der verflossene Reichsgesetzentwurf in entgegengesetztem Sinne tat.

Der Entwurf versucht jedenfalls die Frage von einem höheren Gesichtspunkt aus zu lösen. Wie früher bereits einmal angedeutet, ist dieses unserer Ansicht nach nur möglich durch eine Art von verwaltungsrechtlichem No-restraint-System. Der Vergleich läßt sich vielleicht noch etwas weiter durchführen: so wie *Pinel* seinerzeit den Mut hatte, im Gegensatz zu der allgemeinen Überzeugung den Kranken die Fesseln abzunehmen, so sollte man heute den Mut finden, die ganze

---

[1]) Höchstens wenn man eine Verschlechterung der bestehenden Gesetze vornehmen will, ist man zu einer Abweichung hiervon bereit. (Eine Ausnahme machten übrigens Württemberg, Hessen und Mecklenburg).

Anstalt von den bureaukratischen und verwaltungsrechtlichen Fesseln zu befreien, in denen sie heute noch schmachtet.

So, wie die rein mechanische Beschränkung der Kranken, die ununterbrochen in der Angst lebt, der Kranke könnte erregt und gewalttätig werden, heute ersetzt ist durch die — wir möchten sagen „gehobene“, „vom Einzelwesen entferntere“, „von einer höheren Warte aus“ vor sich gehende Beaufsichtigung im Wachsaal, — ersetzt durch eine Bewachung, die nicht unablässig den einzelnen Kranken quält und behindert, sondern nur bereit steht, die allein durch ihre Anwesenheit vorbeugend wirkt und nur eingreift, wo es tatsächlich nötig ist, — ebenso sollte die verwaltungsrechtliche Bevormundung der Heilanstalt, die beherrscht ist von einem ganz ähnlichen Mißtrauen, ersetzt werden durch eine entferntere, von höheren Gesichtspunkten geleitete Beaufsichtigung, die ebenfalls nur durch ihr Vorhandensein prophylaktisch wirkt, die nur eingreift, wo es wirklich erforderlich ist, im übrigen sich aber so unsichtbar wie nur möglich macht — je unsichtbarer, desto besser. Und ebenso, wie es sich zur größten Überraschung aller, die diesen damals neuen Gedankengängen nicht zu folgen vermochten, herausgestellt hat, daß durch die moderne freiere Behandlungsweise die Erregungszustände und Gewalttätigkeiten in kaum geahntem Umfange vermindert wurden, ebenso, wie der Wachsaal einer modernen Heilanstalt sich fast so gut wie in nichts mehr von dem Saale jedes anderen Krankenhauses unterscheidet, — ebenso wird es sich herausstellen, daß bei einem derartigen Verfahren auch in verwaltungsrechtlicher Hinsicht die Tatsache der unaufdringlichen Beaufsichtigung allein genügt, — ja vielleicht, daß sie noch weniger in Tätigkeit zu treten braucht als der Wachpfleger eines Wachsaales, und daß ihr Zurücktreten also noch viel notwendiger und ihre seitherige Polypragmasie noch viel überflüssiger gewesen ist. Erst wenn diese Erkenntnis Allgemeingut geworden ist und sich praktisch durchgesetzt hat, wird die Heilanstalt tatsächlich ein Krankenhaus geworden sein. Aber ebenso, wie *Pinel*, *Conolly* und ihre Nachfolger zunächst als utopistische Narren verlacht oder mit der größten Erbitterung bekämpft wurden, ebenso werden auch die hier dargelegten Gedanken zunächst als praktisch unmöglich und ganz undurchführbar abgelehnt werden; und ebenso, wie es 100 Jahre und mehr gedauert hat, bis die Ideen *Pinels* tatsächlich allgemein durchgeführt wurden — (daß es selbst heute noch Stellen gibt, wo Zwangsmittel für nötig gehalten werden, haben wir ja leider sehen müssen,) — ebenso wird lange Zeit dazu nötig sein, bis man den Mut findet, diesen zweiten Schritt

zu tun. Aber daß man ihn einmal tun wird, wird tun müssen, das ist unsere feste Überzeugung. —

Der Entwurf vermeidet weiterhin jede allzu enge und zu ängstliche Regelung. Er läßt nicht nur weitesten Spielraum für jede individuelle und örtliche Eigenart, sondern auch für jede spätere Entwicklung. Er soll nur ein Rahmen sein, der das Grundsätzliche regelt; im allgemeinen überläßt er Einzelheiten, namentlich alles, was noch nicht genügend entwickelt ist, wie z. B. die staatliche Familienpflege, dem Verordnungswege bzw. den örtlichen Behörden Nur auf solche Weise wird es möglich sein, der unendlichen Vielgestaltigkeit der hier vorliegenden Fragen gerecht zu werden und der so verschiedenen Eigenart unseres Volkstums. Wo er einmal ins einzelne geht, da sind es vielfach nur unverbindliche Vorschläge, über die man reden kann. In den grundsätzlichen Fragen aber gibt er die Möglichkeit an die Hand, mit größtem Nachdruck und, wenn es sein muß, mit höchster Autorität den Forderungen der Menschlichkeit Geltung zu verschaffen, entgegen allem etwaigen kleinlichen Gezänk, entgegen jeder persönlichen Unsachlichkeit, entgegen jedem Unverstand und jeder beschränkten Kurzsichtigkeit.

Nicht ganz leicht war es, für die Befugnisse des Reichs gegenüber den Ländern einen gangbaren Weg zu finden; wie oben bereits dargetan, wird versucht, diese Frage dadurch zu lösen, daß jedes wirkliche, unmittelbare Eingreifen, die Behandlung jedes einzelnen Falles in der Hand der örtlichen Behörde liegt, — allerdings so, daß auch hier sachliche Arbeit gewährleistet ist, — während dem Reiche nur die Überwachung der großen grundsätzlichen Fragen vorbehalten bleibt, und die hiermit betrauten Stellen im Einzelfalle nie in die Befugnisse der einzelnen Länder oder Provinzen direkt eingreifen können, sondern nur beratend, anregend, warnend. Nur im äußersten Notfalle schreitet das Reich selbst ein, und auch hier nicht die doch unter Umständen einmal von parteipolitischen Erwägungen abhängige Regierung selbst, sondern die höchste sachliche und rechtliche Autorität: das Reichsgericht. Dem berechtigten Verlangen der einzelnen Länder bzw. Provinzen nach der ihnen gebührenden Bewegungsfreiheit ist durchaus Genüge getan. Jedenfalls möge dieser Vorschlag zur Erörterung gestellt sein, einer besseren Lösung wird er gern zurückstehen. —

Auch ein besonderer Abschnitt über Strafen ist eingefügt. Jedes Gesetz, das nicht die Möglichkeit hat, sich durchzusetzen, ist wirkungs-

los. Auch sollen diese Strafandrohungen der Öffentlichkeit zeigen, daß das Gesetz keine schön aussehende, aber bedeutungslose Geste sei, sondern wirklich durchgeführt werden soll; auch den Ärzten gegenüber drohen gegebenenfalls Strafen, wir fürchten sie nicht, so gut wie für jeden anständigen Menschen das Strafgesetzbuch kein Schrecken ist, sondern eine Wohltat.

Bei solch neuartigen Fragen versagt natürlich unser bestehendes Strafrecht[1]), und auch der neue Entwurf konnte unmöglich schon auf solche Dinge Rücksicht nehmen; ebenso ist es wohl ausgeschlossen, die hier vorgeschlagenen Strafbestimmungen noch in das neue Strafgesetzbuch hineinzuarbeiten, das doch wohl in absehbarer Zeit Rechtskraft erhalten dürfte, — doch ist das eine rein juristische Frage. —

Infolgedessen ist die Einfügung eines besonderen Teiles hierfür in den Entwurf wohl berechtigt.

Es sind einmal Strafen, die die Durchführung des Gesetzes sichern sollen, dann aber auch Strafen, die den psychisch Erkrankten schützen sollen außerhalb der Heilanstalt, die ihn also dort schützen sollen, wo unser seitheriges Straf- und Verwaltungsrecht so gänzlich versagt hat.

Bezüglich der Höhe des Strafmaßes ist natürlich gar nichts vorgeschlagen, das ist selbstredend erst recht eine rein juristische Frage. Die Fassung dieser Paragraphen wird vielleicht noch am ehesten etwaiger Änderungen von juristischer Seite bedürftig sein, doch soll das nicht hindern, einmal solche Vorschläge überhaupt zu machen.

Einige der Paragraphen sind direkt aus den ungarischen Richtlinien übernommen, die wir hier für äußerst glücklich und zweckmäßig halten, — jedenfalls dürfte das kein Fehler sein.

Der hier vorgeschlagene Gesetzentwurf, der, wie oben bereits dargelegt, keine endgültige juristische Formulierung, sondern nur ein Anhaltspunkt zur Erörterung sein soll, gliedert sich in sechs Teile.

I. Allgemeine Bestimmungen. II. Die Aufnahme in die Anstalt. III. Die Behandlung. IV. Die Entlassung. V. Beaufsichtigung und Beschwerdewesen. VI. Strafbestimmungen. Daß die Teile unter sich nicht gleichen Umfang haben, ist wohl unwesentlich.

An der Spitze steht in § 1 der oben bereits dargelegte Grundsatz der Menschlichkeit, das Wohl unserer Kranken, unser höchstes Ziel. Alles andere hat sich dem unterzuordnen, und auch der Schutz der

[1]) Wo es möglich, ist es natürlich herangezogen.

Allgemeinheit vor dem Kranken ist letzten Endes zu dessen eigenem Wohle, denn von dem Standpunkt einer höheren Sittlichkeit aus liegt es nicht in dessen Interesse, auf die „Menschheit losgelassen“ zu werden, aufs neue kriminell werden zu dürfen, — ob er selbst das einzusehen vermag, ist dabei gleichgültig.

§ 2 befaßt sich mit dem Begriffe des „psychisch Erkrankten“. Es wird nicht der gewagte Versuch unternommen, diesen so vielseitig schillernden Begriff umfassend zu umschreiben, sondern es wird nur festgestellt, wer im Einzelfalle berechtigt ist zu entscheiden, ob eine psychische Erkrankung im Sinne des Gesetzes vorliegt: der in Deutschland approbierte Arzt, der über eine genügende fachärztliche Ausbildung verfügt. Was hierunter zu verstehen ist, haben die Standesorganisationen, gegebenenfalls in Verbindung mit dem Reichsausschusse, festzulegen; es dürfte nicht schwer sein, an der Hand der bereits bestehenden Gepflogenheiten eine einigende Formel zu finden. Da diese nicht unabänderlich ist, sondern sich den Zeitumständen anpassen wird, ist darüber in dem Gesetzvorschlag nichts Näheres enthalten.

§ 3 stellt fest, wer zur Fürsorge für die psychisch Erkrankten verpflichtet ist, bzw. daß diese Verpflichtung dort verbleibt, wo sie nach dem geltenden Rechte bereits ruhte.

An sich vielleicht eine Selbstverständlichkeit, doch muß es ausgesprochen werden.

§ 4 nennt die Art und Weise, wie für die Kranken gesorgt werden kann, — öffentliche oder private Heilanstalten u. ä., und stellt fest, daß zunächst die zur Fürsorge verpflichteten Stellen die Wahl — aber damit natürlich auch die Verantwortung für die Wahl haben, — ebenfalls eine Selbstverständlichkeit, doch gleichfalls wohl nicht überflüssig.

§ 5 umschreibt den Begriff der Heilanstalt, mit aller Überlegung so umfassend und in der bewußten Absicht, so dem Gesetze die Möglichkeit zu geben, in alle dunklen Winkel hineinzuleuchten, und um zu verhindern, daß unter irgendwelchen Vorwänden oder Umschreibungen die Behandlung von psychisch Erkrankten der Aufsicht des Gesetzes entzogen werde.

§ 6 umschreibt die Begriffe der „öffentlichen“ und „privaten“ Heilanstalt, vielleicht etwas zu pleonastisch, unter Umständen mögen Juristen eine bessere Fassung geben.

§§ 7 und 8 sind die Folgerung aus § 5 bzw. die Mittel, mit denen die oben angedeutete wichtigste Absicht des Gesetzes durchgeführt werden soll, die rechtliche Grundlage gewissermaßen, die die Möglich-

keit zu einer großzügigen Hebung unseres gesamten Irrenwesens (im weitesten Sinne) bietet.

Selbstverständlich kann eine solche Hebung nicht von heute auf morgen geschehen, schon aus finanziellen Gründen nicht, und so ist auch hier nur der Rahmen gespannt und das Mindestmaß dessen bestimmt, was werden soll. Aber auch hier sind die Einzelheiten alle in die Hand des Reichsausschusses gelegt, der nicht rauh und hart eingreifen, sondern elastisch, aber unablässig wirken und unter tunlichster Vermeidung von unbilligen Härten durch sein ununterbrochenes Drängen allmählich den erstrebenswerten Idealzustand herbeizuführen suchen soll. Bei bewußtem Widerstand oder bei passiver Resistenz wird er schon energischer durchzugreifen wissen.

Insbesondere zu Abs. II — alleinige fachärztliche Leitung — sind hier Ausnahmen vorgesehen; gedacht ist dabei vor allem an Erziehungsheime für leicht nervöse und psychopathische Kinder, mit vielleicht nur 10—15 Zöglingen und pädagogischer Leitung, oder kleinere private Schwachsinnigenanstalten in geistlicher Hand, bei denen durch zu scharfes Vorgehen die finanzielle Grundlage gefährdet sein könnte, u. a. m. Es soll eben überall individualisiert werden; gegen unangemessene Forderungen des Reichsausschusses schützt wohl seine Zusammensetzung.

Bei § 8 — bauliche und technische Einrichtung usw. — kommen solche Rücksichten wohl weniger in Frage, hier wird der Ausschuß, wenn erforderlich, auch energischer vorgehen können, andererseits wird es wohl auch seltener nötig sein.

§ 9 bekämpft die Winkelpsychiatrie.

§ 10 — rechtzeitiger Bau neuer Anstalten — ist ebenfalls wichtig; es ist die lohnende Aufgabe, die die englischen Kommissionen mit so viel Erfolg gelöst haben, — bei uns wohl im wesentlichen eine Fürsorge für die Zukunft und die Gewähr dafür, daß in unserem Irrenwesen kein Rückschritt eintritt.

§ 11 berührt die privaten Anstalten, verweist auf die Gewerbeordnung und auf den Verordnungsweg.

§§ 12 und 13 regeln ebenso ganz allgemein die übrigen Arten der Fürsorge.

§ 14 als letzter Paragraph des ersten Abschnittes, ebenso wie § 1 von grundlegender Bedeutung, regelt nach dem Vorschlage *Schwabe*s die grundsätzliche Frage der Freiheitsentziehung. —

Auf dieser breiten Grundlage baut sich dann der übrige Gesetzentwurf auf. Vielleicht müßte man hier den Reichsausschuß an-

schließen, der die Durchführung dieser Grundsätze gewährleisten soll, doch wird er besser mit dem Überwachungsausschuß in einem besonderen Abschnitte vereint.

Es folgt als Teil II die Aufnahme der Kranken, untergeteilt in die Aufnahme ohne und diejenige mit der Mitwirkung einer Behörde, alles zunächst für die öffentliche Heilanstalt geltend, — dann die Aufnahme in die private Heilanstalt und in die staatliche Familienpflege. Im wesentlichen findet man Altbekanntes, nur die Gruppierung ist vielleicht etwas abweichend von dem Gewohnten. Wichtig ist, daß als die Regel die Aufnahme ohne Mitwirkung einer Behörde gilt, nur, wo es wirklich nötig ist, tritt dieser umständliche Apparat in Tätigkeit.

Die Anforderungen an das ärztliche Zeugnis als solches werden wohl die Zustimmung der Fachgenossen finden. Neu ist vielleicht die Möglichkeit, auch bei der regelrechten Aufnahme das Zeugnis ausnahmsweise von einem Arzte der Anstalt selbst ausstellen zu lassen. Abgesehen von den Fällen, in denen sich dies aus dem Gesetze selbst ergibt (§§ 42 oder 51), ist es hier vorgesehen zunächst bei der Wiederaufnahme eines Kranken, der bereits einmal ordnungsgemäß in derselben Anstalt aufgenommen worden war, — ein Punkt, den man schließlich wieder fallen lassen könnte, wenn er zu heftigen Widerstand findet, — und schließlich in besonderen Ausnahmefällen, die einmal eintreten könnten, — dann mag eben eine Nachprüfung durch den außerhalb der Anstalt stehenden, sachlich einwandfrei vorgebildeten Amtsarzt eintreten.

Ein besonderer „Antrag“ zur Aufnahme ist wohl überflüssig, dieser „Antrag“ besteht ja doch praktisch schon darin, daß der Kranke in die Anstalt gebracht wird zum Zwecke der Aufnahme. In dem Wort „Antrag“ liegt gewissermaßen unbewußt der Gedanke verborgen, daß die hochwohlweise Behörde dem beschränkten Untertanenverstande gegenüber ihre hohe Entschließung faßt und dann nach eigenem Ermessen mit oder ohne voll erschöpfende Begründung dem Antrage stattgibt oder ihn ablehnt. Sind die Voraussetzungen zu einer gesetzmäßigen Aufnahme nicht gegeben, so wird eben die Aufnahme als solche abgelehnt, das ist wohl das Einfachste und Natürlichste und vermeidet nach außen hin den Eindruck, als ob hier eine riesige Verwaltungsmaschine in Tätigkeit gesetzt worden sei. Auch durch solche Imponderabilien kann von der Anstaltsaufnahme abgeschreckt werden. Die Entscheidung über die Aufnahme selbst hat einfach der verantwortliche leitende Arzt.

Ebenfalls vielleicht selbstverständlich sind die geforderten „Vor-

aussetzungen“ zur freiwilligen bzw. dringlichen Aufnahme: der jeweilige Grad der Geschäftsfähigkeit.

Im übrigen lehnen sich die Vorschläge in mancher Hinsicht an die hamburgischen Bestimmungen an, die nicht unzweckmäßig zu sein scheinen.

Die Aufnahme auf Veranlassung einer Behörde soll, wie gesagt, die Ausnahme darstellen. Immerhin ist auch hier reichlich Gelegenheit zur Berücksichtigung der Eigenart jedes einzelnen Falles gegeben.

§ 19 nimmt zunächst das Selbstverständliche vorweg: § 81 StPO. und § 656 ZPO. sowie die „Verwahrung“ nach dem neuen Strafgesetzentwurf; auf etwaige gleichartige oder ähnliche Möglichkeiten für die Zukunft wurde Rücksicht genommen.

§ 20—22: Die Fassung der Bedingungen zur Einweisung lehnt sich an die recht glückliche Fassung des preußischen Gegenentwurfs an. Die Behörde kann von sich aus diese Schritte tun oder auf Antrag. Der Kreis der Antragsberechtigten (§§ 24 und 25) ist absichtlich recht weit gefaßt, weil es sich ja im allgemeinen um eine genaue Prüfung des Antrages in einem ordentlichen Verfahren handelt, bei der jedes Für und Wider erwogen werden soll, und bei dem nicht genügend begründete Anträge ja auch abgelehnt werden können. Man muß aber denjenigen Personen, die sich durch den Kranken belästigt, bedroht oder geschädigt fühlen, das Recht des Antrages zustehen. — Grade in zweifelhaften Fällen werden die Angehörigen usw. oder die betreffenden Behörden gern von der Möglichkeit einer solchen Prüfung Gebrauch machen.

Nach § 22 kann aber auch in zweifelhaften Fällen eine Beobachtung bis zu 6 Wochen angeordnet werden.

§ 23 betrifft die Zuständigkeit und erhält nichts wesentlich Neues.

§ 26 regelt das Verfahren, ähnlich wie es das badische Gesetz und der preußische Entwurf für alle Fälle einführen möchten. In dringlichen Fällen ist auch hier Abkürzung möglich; glaubt der Kranke, daß ihm Unrecht geschehen, so bleibt ihm ja immer noch unmittelbar nach seiner Aufnahme in die Anstalt die Beschwerde an den Überwachungsausschuß und so also doch die Möglichkeit einer nochmaligen eingehenden Nachprüfung.

§ 27 ist wohl nicht überflüssig, wird aber doch meist vergessen: die Sicherung der Verschwiegenheit [1]).

---

[1]) Vgl. übrigens auch *Schultze*: „Ist der beamtete Arzt verpflichtet ...“ Monatschr. f. Kriminalanthropol. u. Strafrechtsref. Bd. 17, S. 447.



§ 28 die Rechtsmittel gegen die Entscheidungen nach §§ 20—22, das ordentliche Gerichtsverfahren auf dem Wege der Zivilklage in Anlehnung an die Hamburger Bestimmungen und die *Schultze-Kahl*schen Vorschläge, doch hier erst als zweite Instanz. Durch Berufung an das Landgericht und etwaige Revision ist eine solche Fülle von Rechtsmitteln gegeben, daß der Sicherheit der Person wirklich Genüge getan ist.

Allerdings haben alle diese Rechtsmittel keine aufschiebende Wirkung, sonst könnte ein Querulant dadurch jahrelang seine Aufnahme in die Anstalt verhindern. Ist die Aufnahme einmal amtlich angeordnet, so findet sie auch statt, die richterliche Nachprüfung erfolgt dann also, wenn der Kranke sich bereits in der Anstalt befindet; eine gleichzeitige Anrufung des Überwachungsausschusses wäre in diesem Falle natürlich überflüssig und würde diesen höchstens zu einer Entscheidung gemäß § 75 d veranlassen, zur Zurückstellung der Entscheidung bis zur Klärung der Sachlage.

§ 29 verhindert querulierende und hysterische Kranke auf hoher Bühne aufzutreten und ein dankbares und sensationslüsternes Publikum zu finden. Liegt es aber einmal im Interesse der Wahrheit, daß die Klarstellung des Sachverhaltes in aller Öffentlichkeit erfolgt, so kann dies ganz oder teilweise geschehen, aber stets nur als Ausnahmefall, nicht als die Regel. Insbesondere wäre es denkbar, daß der Arzt sich selbst gegen unqualifizierbare Anwürfe vor der Öffentlichkeit reinigen will, solchem Antrage müßte natürlich stattgegeben werden.

§ 30 — betrifft Untersuchungs- und Strafgefangene, — holt eine Selbstverständlichkeit nach, die sich früher nicht gut in den Gedankengang einfügte.

Ähnliches gilt für § 31, aber es gehört doch wohl in das Gesetz hinein, ebenso wie § 32.

Die Aufnahme in die privaten Heilanstalten konnten kurz behandelt werden, sie schließen sich im wesentlichen an das Aufnahmeverfahren der öffentlichen Anstalten an, die Einweisung durch Behörden kommt in Wegfall; der Staat soll genügend öffentliche Heilanstalten besitzen und nicht darauf angewiesen sein, hier auf die private Initiative zurückgreifen zu müssen. — Wir wünschen keinen zweiten Alexianerprozeß mehr. —

Einige Einschränkungen sind hier noch gemacht, Zugeständnisse an das Vorurteil, aber den Privatanstalten sicherlich nicht unerwünscht als Schutz gegen ungerechte Beschuldigungen: bei der regelrechten Aufnahme kein Attest von einem Arzte der Anstalt, ferner Meldung

jeder Aufnahme, allerdings nur an das fachärztliche Mitglied des Überwachungsausschusses und das Recht desselben zur Nachprüfung in geeigneten Fällen. Dies wird auch natürlich im wesentlichen nur als Beruhigungsmittel für die Öffentlichkeit dienen, der beamtete Arzt wird sich auf Stichproben beschränken. Im übrigen haben ja auch die Kranken der Privatheilanstalten das Recht, den Beschwerdeausschuß als solchen anzurufen.

§ 36 beruft sich auf § 32.

§ 37. Die staatliche Familienpflege soll nur zulässig sein im engsten Zusammenhang mit einer öffentlichen Heilanstalt, hierbei möglichst großer Spielraum für persönliche organisatorische Begabung der diesbezüglichen Ärzte und ein edler Wettkampf auf diesem für Deutschland leider noch so wenig bebauten Gebiete; vollkommen freie und zwanglose Versetzung des Kranken von der Anstalt in die Familienpflege oder auch zurück, je nach Lage der Dinge und ganz nach freiem Ermessen des zuständigen Arztes.

Teil III ist verhältnismäßig kurz: Die Behandlung in der Heilanstalt. Örtlich verschiedene Dienstanweisungen, überhaupt der ganze innere Betrieb, Behandlung und Verpflegung, alles hat sich den Grundsätzen des § 1 unterzuordnen; im übrigen bleibt jeder individuellen Eigenart breitester Spielraum. Örtliche Einzelfragen werden von dem örtlichen Überwachungsausschusse, seinem Namen gemäß, überwacht (§ 38).

§ 39. In bewußtem Gegensatze zu fast allen anderen Gesetzentwürfen finden keine überflüssigen Meldungen an alle möglichen ja doch nicht sachverständigen Behörden statt, – Meldungen, die doch nur beständig die Gefahr einer unbewußten oder unfreiwilligen Durchsickerung von Kenntnissen an unbefugte Stellen in sich tragen, von Dingen, die von dem § 300 StGB. geschützt werden sollten. Dies sollte hier schrecken. — Solche Meldungen könnten den Kranken schaden, außerdem nützen sie nichts, sind rein formal, und der hier beabsichtigte Zweck wird auf andere Weise — Beschwerdeverfahren — viel sicherer und ungefährlicher erreicht. Hier also ein Zugeständnis an das Vorurteil zu machen, wäre ein zu gefährliches Ding, dessen Nachteile in gar keinem Verhältnis zu dem vielleicht erzielten, dazu doch noch sehr ungewissen Nutzen — Beruhigung der Öffentlichkeit — stünden.

Der vorliegende Entwurf wird sowieso an vielen Stellen Entsetzen erregen, — sei's drum, — auch bei diesem Punkte kann dies Risiko getragen werden.

§ 40 — Vorsichtsmaßregeln bei kriminellen und gemeingefährlichen Kranken usw. — wieder eine Selbstverständlichkeit, die keinen Widerspruch hervorrufen wird.

§ 41. Auch das ist praktisch schon vorhanden, muß aber ausgesprochen werden, soll auch ein gewisser Ersatz sein für die weggefallene Meldung an die Staatsanwaltschaft.

Der IV. Teil handelt von der Entlassung aus der Anstalt. Hier wird ganz folgerichtig die Entlassung entsprechend den einzelnen Aufnahmeverfahren getrennt behandelt.

§ 42 bezieht sich auf § 16, freiwillige Kranke können auch freiwillig wieder gehen, sofern die Voraussetzung ihrer freiwilligen Aufnahme, die erhaltene Geschäftsfähigkeit, noch vorhanden ist bzw. sich nicht nachträglich als Irrtum herausgestellt hat. In diesem Falle hat eben ein anderes Aufnahmeverfahren nachträglich Platz zu greifen.

§§ 43 und 44 beziehen sich beide auf die §§ 17 und 18. Auch hier nichts grundsätzlich Neues. Nur bei dem „Revers" drohen jetzt die Strafbestimmungen des letzten Teiles und geben so dieser Unterschrift, die bis jetzt eigentlich immer nur eine symbolische Handlung war, die mit unglaublicher Leichtfertigkeit von unvernünftigen Angehörigen vollzogen wurde, eine ganz andere Bedeutung.

§ 45 ist wieder nur eine Folgerung aus der Zuziehung des ordentlichen Gerichts als Rechtsmittel.

§§ 46 und 47 Beurlaubung und versuchsweise Entlassung; die Fristen nur unverbindliche Vorschläge. Die „versuchsweise" Entlassung steht aber nur in den Akten der Anstalt, kann höchstens mündlich oder in besonderem Schreiben den Angehörigen usw. mitgeteilt und erläutert werden, fehlt aber in den eigentlichen Entlassungspapieren des Kranken, um diesem die Rückkehr in den Beruf nicht unnötig zu erschweren, — eine Bestimmung, die in dieser Form unseres Wissens seither noch nicht vorkommt oder wenigstens nicht direkt ausgesprochen ist.

§ 47 sichert nach dem Vorbilde einiger preußischer Provinzen den Zusammenhang des beurlaubten Kranken mit der Anstalt, gewährleistet eine gewisse sachgemäße Überwachung und ermöglicht es, unter Umständen viel früher schon den Versuch einer Beurlaubung wagen zu können, als dies jetzt im allgemeinen der Fall ist. — Die Mitwirkung der Fürsorgeämter oder von Hilfsvereinen könnte gleichfalls hier ihren Platz finden, vielleicht sogar in einem besonderen hier noch einzufügenden Paragraphen.

§§ 48—51 sind nur natürliche Folgen der früheren Paragraphen.

Eine gewisse Bremsung bei den Anträgen auf Wiederaufhebung des Einweisungsbeschlusses ist vielleicht am Platze.

Teil V enthält wieder grundsätzlich Wichtiges: Die Überwachungseinrichtungen.

Über die Reichsausschüsse (§§ 53—66) war weiter oben bereits Näheres gesagt worden, doch sei es gestattet, hier noch einmal auf diesen Punkt einzugehen. Die Vorschläge sind in dieser Ausführlichkeit unseres Wissens für Deutschland neu, es ist selbstverständlich, daß sie infolgedessen noch nicht die beste hier mögliche Lösung der Frage enthalten können; sie stehen zur Erörterung und harren etwaiger besserer Gedanken, denen sie gerne weichen werden.

Die Frage, ob sie in dieser oder ähnlicher Form Aussicht haben, bei der augenblicklichen „Mentalität" unserer Volksvertretungen in Wirklichkeit umgesetzt zu werden, scheidet hier vollkommen aus. Jeder Fachgenosse ist sich wohl darüber klar, daß dann Faktoren in Rechnung gestellt werden müßten, bei denen wirklicher Sachverstand nicht die erste Rolle spielt, sondern ganz andere Dinge ausschlaggebend sind. — Für uns aber handelt es sich hier um etwas ganz anderes. Vollkommen losgelöst von der Frage der praktischen Erfüllbarkeit in der Gegenwart, die ja doch nur durch ein Kompromiß möglich wäre, sollte versucht werden, die reine Idee dessen, was wir aus sachlichen, idealen Gründen für das objektiv Beste halten, einmal herauszuschälen, ohne Rücksicht darauf, ob unsere Zeit für diese Gedanken schon reif ist oder nicht. Vielleicht wirkt die Idee einmal bahnbereitend in die Zukunft hinein.

In diesem Sinne sind diese Vorschläge zu verstehen. —

Daß dabei auch Zugeständnisse an das Vorurteil gemacht sind — durch die Laienmitwirkung — ist kein Mangel an Folgerichtigkeit. Das Vorurteil ist vorhanden und wird auch in Zukunft noch wohl lange bestehen, eine Bekämpfung dieses Vorurteils gehört durchaus zu unserer Idee hinzu, und zu dieser Bekämpfung dient die Laienmitwirkung. Nur darf sie, — und da rührt die Frage wieder an Grundsätzliches, — nicht zum Schaden der Kranken sich auswirken, wie in den meisten bestehenden oder vorgeschlagenen Lösungen. Die Erfahrung, wenigstens in Hamburg, hat gezeigt, daß die Laienmitwirkung an der richtigen Stelle und in der richtigen Weise durchgeführt, eigentlich entgegen der allgemeinen Erwartung nicht hindernd, überhaupt nicht aktiv, sondern fast rein rezeptiv ist; die Laienmitglieder sind der empfangende Teil, sie werden belehrt, bekehrt

und wirken dann in diesem Sinne zurück in ihre Laienumgebung. Und das ist ja gerade, was wir erstreben.

Vertrauend auf die Gewalt der Tatsachen ist hier die Zusammensetzung der Ausschüsse so vorgeschlagen, daß in allen die Laien die Mehrzahl haben; allerdings als gewisser Ausgleich dazu dient die Hoffnung, daß in erster Linie die Juristen objektiv genug sein werden, um hier sachliche Arbeit zu leisten; und so haben nach unseren Vorschlägen wieder wenigstens die akademisch gebildeten und beamteten Mitglieder der Ausschüsse — Juristen und Ärzte — zusammen die Mehrheit gegenüber den Volksvertretern. Der Jurist ist das Zünglein an der Wage. — Damit wird wohl auch die öffentliche Meinung einverstanden sein.

Vor etwa 20 bis 30 Jahren hätte man aus unseren Reihen derartige Vorschläge wahrscheinlich noch nicht wagen dürfen, ohne heftigen Widerspruch zu erfahren [1]). Heute ist wohl eine Juristengeneration herangewachsen, von der doch wohl ein recht großer Teil psychologisches und auch psychopathologisches Interesse und auch Verständnis genug zu einer solchen Mitwirkung hat; außerdem ist die Massenpsychose der Psychiaterfeindschaft etwas abgeebbt, die seinerzeit sogar einen *Treitschke* und *Jhering* verführt hatte, den berüchtigten Kreuzzeitungsaufruf [2]) kritiklos mit zu unterschreiben. Heute wäre etwas Derartiges doch wohl nicht mehr möglich. Es ist also schon vieles besser geworden auf diesem Gebiete, hoffen wir, daß die Einsicht noch weitere Fortschritte machen wird. Jedenfalls aber könnte man es unseres Erachtens ruhig wagen, in der hier vorgeschlagenen Weise ärztliche Laien in weitem Umfange zur Mitwirkung heranzuziehen. — Für den äußersten Notfall ist bei dem Gesamtausschuß eine Klausel vorgesehen, die verhindern soll, daß die ärztlichen Mitglieder, auch wenn sie alle einer Meinung sind, von den Laien überstimmt werden könnten: wenigstens die Hälfte von ihnen muß einer Sache zustimmen, wenn sie zum Beschluß erhoben werden soll.

§ 54 Zahl der Reichsausschüsse und Umgrenzung ihres Arbeitsgebietes, ein ganz unverbindlicher Vorschlag.

§ 56 ist rein formal.

Grundsätzlich wichtig sind dagegen die §§ 57/59 und 61.

Jeder Fachgenosse weiß, welche grundsätzlichen Fragen hier in Betracht kommen könnten und in welchem Umfange; einige sind

---

[1]) Vgl. *Kunowski* „Abwehr“, Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. II, 1909, S. 313 u. a. m.

[2]) Vgl. S. 236.



dort als Beispiele genannt. Jeder Direktor wird wohl schon in Lagen gewesen sein, in denen er die Unterstützung seiner Bestrebungen durch eine solche autoritative Einrichtung, wie es der Reichsausschuß sein soll, sehr angenehm empfunden hätte.

Wir wissen selbstverständlich sehr wohl, daß es auch bei uns durchaus sachliche und wohlwollende Behörden gibt, diese werden einen Reichsausschuß auch nicht zu scheuen haben. Vielleicht ist aber andererseits unser Vorschlag, bzw. die Heftigkeit der Ablehnung, die wir vermutlich an manchen Stellen finden werden, ein Schibboleth zur Erkennung dieses Wohlwollens.

Den Vorwurf, daß wir in eigennütziger Absicht derartige Vorschläge machten, wollen wir ruhig auf uns nehmen; wir wissen, — und das mehrfach erwähnte Beispiel Frankreichs lehrt es uns, — welchen Einfluß die Höhe der sozialen und wirtschaftlichen Lage unseres Standes auf seine Qualität hat, und daß diese doch letzten Endes unseren Kranken zugute kommt. Wir wissen aber auch, daß, wenn derartige Vorschläge, wie wir sie hier gemacht haben, einmal in Wirklichkeit umgesetzt werden sollten, daß dies nicht in kurzer Zeit möglich sein wird, und daß die Auswirkungen davon wohl keinem von uns Lebenden mehr zugute kommen werden, sondern, wenn überhaupt, dann denen, die nach uns kommen.

Der Vorwurf, wir sprächen hier pro domo, trifft uns also nicht.

§ 58. Der Reichsausschuß soll „Richtlinien" aufstellen.

Das Wort sagt schon, daß hier den einzelnen Ländern nichts aufgezwungen werden soll, überhaupt, daß hier keine überstürzten Reformen in gewalttätiger Weise durchgeführt werden sollen, sondern daß eine organische Weiterentwicklung zu jenen Richtlinien hin das Ziel ist, wie oben bereits ausgeführt. Auf örtliche und sonstige Sonderverhältnisse soll in weitestem Umfange Rücksicht genommen werden, aber alles geleitet von dem Geiste des § 1 dieses Gesetzes, suaviter in modo, wenn es aber sein muß, dann auch fortiter in re. — Der Ausschuß soll nach unseren Vorschlägen aus solch erfahrenen und geistig hochstehenden Männern sich zusammensetzen, daß Mißgriffe nicht zu befürchten sind, und daß man ihm größtmöglichste Handlungsfreiheit geben kann.

Auch eine Uniformierung soll vermieden werden, deshalb verschiedene Ausschüsse und gegebenenfalls verschiedene Arten von Richtlinien, ebenfalls wieder ein edler Wettkampf der einzelnen deutschen Länder unter voller Wahrung der Stammeseigenart; des-

halb auch nur tunlichste, nicht völlige Angleichung der Richtlinien an einander unter Mitarbeit des Gesamtausschusses.

Schon in §§ 7 und 8 sind diese Richtlinien ausdrücklich erwähnt, kommen also dort besonders in Frage. Selbstverständlich sollen auch diese Richtlinien kein enges Schema sein, sondern ein möglichst weit gefaßter Rahmen.

Aber der Ausschuß soll sich nicht nur auf „Richtlinien" beschränken, sondern alles umfassen, was zu seinem Bereiche gehört. So soll er z. B. bei dem Neubau einer Anstalt die Pläne prüfen und ganz allgemein darauf achten, daß dem Direktor nicht, wie es ja leider schon so oft geschehen, der Baumeister vorangeht, und daß dessen Ideen für wichtiger gehalten werden als die ärztlichen Erwägungen, daß nicht von außen nach innen gebaut wird, daß bei Abstrichen an den Plänen nicht an der unrichtigen Stelle gespart wird, unter Umständen über den Kopf des Direktors hinweg usw.

Auch auf rechtzeitigen Neubau von Anstalten soll der Ausschuß drängen; meist entschließt man sich erst dazu, wenn die Überfüllung schon unerträglich geworden ist, und dann muß dieses Elend noch jahrelang ertragen werden, bis endlich die neue Anstalt bezogen werden kann. Also „rechtzeitig vorbereitet, begonnen, fertiggestellt und in Betrieb genommen" soll die neue Anstalt werden, ein Ausweichen vor den mißliebigen und unangenehmen Konsequenzen nach einer dieser Richtungen soll also nicht möglich sein.

Dies nur noch ein paar Beispiele.

Heftigen Widerspruch wird § 59 hervorrufen, vor allem den Einwand, daß dadurch ein wenig schönes Angebertum großgezogen werden könnte. Dem ist, hier wenigstens, entgegenzuhalten, daß es sich hier ja gar nicht um persönliche, sondern nur um grundsätzliche Dinge handelt, und daß der Ausschuß ja erst prüft, ehe er eine Entscheidung fällt. Diese Prüfung aber wird objektiv sein, seine Entscheidung nicht drückend und, abgesehen von den Fällen des § 89, hat sie nicht den Zweck, für eine geschehene Sache eine Strafe zu verhängen, sondern sie hat nur das eine Ziel, Abhilfe für die Zukunft zu schaffen, eine Verbesserung herbeizuführen.

Der Ausschuß ist nicht allwissend, auch ihm könnten bei einer Besichtigung Potemkinsche Dörfer aufgebaut werden; wer ihm nach seinem Gewissen behilflich war, auch hinter die Kulissen zu sehen, soll vor menschlich, allzu menschlichen Rückgriffen seiner vielleicht verärgerten Vorgesetzten gesichert bleiben. Erweist sich die Beschwerde als falsch, so ist sie in den Akten des Ausschusses gut auf-

gehoben und ein semper aliquid haeret wird die Objektivität der Ausschußmitglieder nicht zu trüben vermögen, zumal da es sich hier doch um die Prüfung von Tatsachen handelt, die entweder richtig oder nicht richtig sind, — im Gegensatz zu der viel schwierigeren Tätigkeit des Überwachungsausschusses, der vielfach rein subjektive Momente zu würdigen haben wird.

§ 60. Weitergabe aller „einzelnen Fälle" an den zuständigen Überwachungsausschuß, ergibt sich aus dem ganzen Gedanken.

§ 61. Besichtigungsrecht usw. — seitherigen Vorschlägen nachgebildet und absichtlich so weit gefaßt; hier werden Widersprüche selbst von psychiaterfeindlichster Seite wohl nicht zu erwarten sein. — Auch Vereidigung von Zeugen ist zur Wahrheitsermittlung vorgesehen.

Alles das soll natürlich nur als Möglichkeit im Hintergrunde bereitstehen, — wie der Pfleger im Wachsaale, — ein tatsächliches Eingreifen wird wohl verhältnismäßig recht selten sein.

§ 62. Bericht an den Gesamtausschuß und an die Fachgenossen; letzterer wohl das wichtigste Druckmittel, das dem Ausschuß zur Verfügung steht. Fast ein mittelalterlicher Pranger, könnte man sagen, deshalb vielleicht auch als Drohung so wirksam. Es darf ja nie vergessen werden, daß es zwar nicht das ultimum, aber immerhin doch ein refugium sein soll, wenn der Ausschuß, dessen sachliche Autorität und Objektivität bei seiner Zusammensetzung von keinem billig Denkenden angezweifelt werden kann, mit sachlichen Gründen einfach nicht mehr weiterkommt. Unter Umständen wäre übrigens hier auch der Fall denkbar, daß die beanstandete Behörde sich in der Öffentlichkeit der Fachgenossen zu rechtfertigen sucht, und daß die Fachgenossen selbst sich in diesem Stadium der Dinge ein Urteil bilden, daß sie selbst in dieser Auseinandersetzung ihre Meinung äußern können und dadurch dem Reichsausschusse unter Umständen vielleicht wichtiges Material und beachtliche Fingerzeige für sein weiteres Handeln geben. Vielleicht ersieht dann die beanstandete Stelle selbst aus dem Echo, das ihr Rechtfertigungsversuch gefunden, wie die Meinung der Mehrzahl der Standesgenossen ist und beschreitet doch noch einmal den Weg gütlicher Verhandlungen mit dem Reichsausschusse.

Kommt aber dieser zu der Überzeugung, daß es doch nötig ist, den bösen Geist noch stärker zu beschwören, so steht ihm auch dazu ein Mittel zu Gebote, der § 64, ein Antrag an den Gesamtausschuß.

Auch diese Vereinigung wirklich vertrauenswürdiger Männer prüft die Frage nochmals; es wäre denkbar, daß aus dieser Prüfung

der Rat an den Einzelausschuß sich ergeben könnte, noch einmal auf anderem Wege, mit anderen Vorschlägen an die widerspenstige Stelle heranzutreten; meist aber wird jetzt der letzte Schritt getan werden müssen: das Ultimatum und, wenn dieses keinen Erfolg hat, die Entscheidung des Reichsgerichts (§§ 65 und 66). Es braucht dabei wohl nicht besonders betont zu werden, daß diejenigen Mitglieder des Reichsgerichtes, die nebenamtlich in den Reichsausschüssen tätig sind, nicht in jener Spruchkammer sitzen können.

Die Einzelheiten des Verfahrens ergeben sich hier wohl von selbst.

Betont sei vielleicht noch, daß nach unseren Vorschlägen die Reichsregierung nicht etwa nochmals in eine sachliche Prüfung der Frage eintreten soll, sondern höchstens in eine formale. Eine gütliche oder überhaupt irgend eine andere Regelung wird in diesem Stadium der Dinge doch wohl nicht mehr möglich sein.

Die rechtlichen Grundlagen zu dem Urteil des Reichsgerichtes bilden dann die Bestimmungen dieses Gesetzes, insbesondere diejenigen des ersten Teiles.

In jeder Hinsicht etwas ganz anderes ist der örtliche Überwachungsausschuß. Steht der Reichsausschuß über den Behörden der einzelnen Länder oder Provinzen mit der Eigenschaft freien richterlichen Ermessens, mit Unbeeinflußbarkeit und Unabsetzbarkeit, als absolute Autorität und überwacht die Länder usw. bezüglich der großen grundsätzlichen Fragen, so ist der Überwachungsausschuß diesen Ländern usw. unterstellt, und ist ihnen behilflich im einzelnen ihre doch wohl grundsätzlich vorauszusetzenden guten Absichten in der Pflege der psychisch Erkrankten durchzuführen. Er überwacht also als ein Organ der Landes- bzw. Provinzialregierung die unter ihm stehenden übrigen ausführenden Organe, hinunter bis zum jüngsten Küchenmädchen.

Örtliche Umgrenzung und Zusammensetzung usw. (§§ 67—71): ein Vorschlag zur Diskussion.

Der juristische Vorsitzende (§ 69 a) könnte ebenfalls auch nebenamtlich tätig sein und vielleicht aus den Richtern eines Oberlandesgerichtes genommen werden oder aus dem höheren Verwaltungsdienste.

Das ständige fachärztliche Mitglied ist am besten vielleicht zugleich der „Landespsychiater“, der fachkundige Personalreferent, der sich über die Leistungen seiner einzelnen Fachgenossen jedenfalls

ein viel besseres Urteil wird bilden können, als ein fachunkundiger Verwaltungsjurist, wie es jetzt leider vielfach noch der Fall ist.

Es wäre höchst wünschenswert, wenn eine solche Stellung in allen Provinzen bzw. Ländern geschaffen würde, und zwar hauptamtlich.

Der Landespsychiater hätte nach unseren Vorschlägen dann außerdem noch die Überwachung der Privatanstaltsaufnahmen (§ 35) und würde im Zweifelsfalle dem Ausschusse die Angelegenheit vortragen.

Immerhin soll der Ausschuß nicht unter allen Umständen, gegebenenfalls auch gegen seine bessere Überzeugung, die Ansichten seiner Regierung vertreten, auch er soll objektiv sein und, das ist grundsätzlich wichtig, ein allgemeines Vertrauen in dieser Hinsicht genießen. Zu diesem Zwecke gehört ihm ein Facharzt aus einem fremden Verwaltungsbezirke an und zwei Volksvertreter. Es ist also außer den früher angedeuteten noch eine dritte Möglichkeit einer Mehrheitsbildung vorhanden, wenn die drei von der betreffenden Regierung unabhängigen Mitglieder zusammenstimmen. Auch sonst ist seine Unabhängigkeit gewahrt durch die Möglichkeit, den Reichsausschuß anzurufen.

§ 72. Vor allem ist dieser Ausschuß zur Prüfung von Beschwerden da. Natürlich in erster Linie für die Beschwerden der Kranken in der seither schon vielfach üblichen Weise. Aber auch andere Personen sind zur Beschwerde berechtigt, § 59/I gilt hier sinngemäß in vollem Umfange, ebenso § 59/II. Dagegen nicht § 59/III: Die Verschwiegenheit über die Person des Beschwerdeführers. Ganz abgesehen davon, daß dies bei den meisten Einzelfällen, um die es sich hier doch wohl handeln dürfte, praktisch gar nicht durchgeführt werden könnte, wäre hier dadurch wirklich einer unschönen Denunziererei Tür und Tor geöffnet, wenn jener Grundsatz hier allgemeine Geltung haben sollte. Jeder Kläger muß also damit rechnen, daß er seine Anklage auch selbst vertreten muß.

Nur wenn besondere Fälle vorliegen, insbesondere wenn der Beschwerdeführer höchstwahrscheinlich großen Unannehmlichkeiten ausgesetzt sein würde oder in ähnlichen Fällen schon ausgesetzt war, und wenn sich die Sachlage leicht und ohne seine Mitwirkung objektiv nachprüfen läßt, oder wenn es der Ausschuß aus sonst irgendeinem Grunde für angebracht hält, kann er beschließen, in dem betreffenden Falle auch den § 59/III anzuwenden.

Bei Beschwerden von Kranken kommt dies selbstverständlich wohl kaum in Frage, wenigstens nicht den Ärzten gegenüber.

Auch § 61 gilt sinngemäß: Besichtigungsrecht usw. so weit gefaßt, wie man nur möge.

Nur eine Einschränkung dürfte aus praktischen Erwägungen nötig sein: § 72/IV, Zuziehung des verantwortlichen Arztes bei Vernehmungen von Pflegepersonal, einmal zu seiner Orientierung, dann aber auch um gegebenenfalls selbst sofort zu den Aussagen Stellung nehmen zu können. Letzten Endes ist der Arzt ja doch bei allen derartigen Beschwerden Angeklagter oder wenigstens Mitangeklagter und muß also auch das Recht haben, das die StPO. im entsprechenden Falle gewährt.

§ 73. Vielleicht ist es nicht ganz überflüssig, festzustellen, daß die Ärzte durch die Beschwerde eines Kranken von der Schweigepflicht des § 300 dem Ausschusse gegenüber entbunden sind, daß aber andererseits die nichtärztlichen Mitglieder desselben ihrerseits jetzt zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, — die ärztlichen sind es selbstverständlich, — eine Besprechung solcher Fälle, die die Person des Kranken irgendwie kenntlich macht, etwa in den einzelnen Volksvertretungen ist nicht gestattet. Dagegen wäre ein Bericht an den Reichsausschuß selbstverständlich nicht „unbefugt".

§ 74 ist ein Gebot der Gerechtigkeit und nur eine Ergänzung zu § 73/III.

§ 75 bringt dann, genau umschrieben, die einzelnen Möglichkeiten der Entscheidung, wie sie bereits früher besprochen. Es dürfte wohl so ziemlich auf alle nur denkbaren Fälle Rücksicht genommen worden sein.

§ 76. Gegen diejenigen Entscheidungen, bei denen der Beschluß des Ausschusses selbst nur die Prüfung einer Frage durch eine andere Behörde anregt, und bei denen also gegen diese späteren Entscheidungen jeweils andere gesetzliche Rechtsmittel zur Verfügung stehen, ist eine Klage nicht vorgesehen. Wo aber der Ausschuß selbst entschieden hat, ist, ähnlich wie gegen den Einweisungsbeschluß der Fürsorge- [bzw. Polizei]behörde die Klage bei dem ordentlichen Gerichte zulässig.

§ 77. — Anrufung des Ausschusses ist gebührenfrei — eine Selbstverständlichkeit, doch vielleicht wiederum nicht überflüssig.

§ 78. Regelmäßige Besichtigung der Anstalten, auch ohne daß jeweils eine Beschwerde vorliegt, — ein Zugeständnis, das wir nicht fürchten.

§ 79 sichert den Zusammenhang mit dem Reichsausschusse, beide Ausschüsse sollen doch Hand in Hand arbeiten.

Teil VI endlich enthält die Strafbestimmungen. Über das Grundsätzliche war oben bereits gesprochen worden. Im einzelnen wäre vielleicht noch nachzutragen:

§§ 80 und 81 bestimmt die Haftbarkeit der Angehörigen bei Selbstmord, Selbstbeschädigung oder sonst irgend einer strafbaren Handlung des Kranken [1]).

§ 82 die zivilrechtliche Haftbarkeit für Schaden, den der Kranke anrichtet [2]). Die Unterscheidung von strafrechtlicher Verantwortlichkeit des Kranken und seiner Geschäftsfähigkeit war dabei wohl nötig.

§ 83 schützt ihn gegen Mißhandlung und körperliche Verwahrlosung,

§ 84 gegen psychischen Schaden, § 85 überhaupt gegen alle strafbaren Handlungen, § 86 berücksichtigt den besonders schweren Fall der Mißhandlung durch Pflegepersonal. § 87 schützt den Kranken vor vermögensrechtlicher Benachteiligung.

Die Rechtsprechung des Reichsgerichts ist hier unserer Auffassung nach zu milde. Die Entscheidung vom 26. XI. 07 z. B. verlangt nicht nur eine „große Einbuße“, die der Geistesschwache bei einem Vertrage erlitten hat, sondern direkt ein „Ausbeuten der erkannten Geistesschwäche“ des Vertragsgegners, damit der Vertrag gegen die guten Sitten verstoße (RG. II. 26. XI. 07, DRSp. 2 Entscheidung Nr. 6).

Ebenso sagt die Entscheidung (RG. V. 12. II. 08, DRSp. 583 Entscheidung 3218): „Die Ausbeutung der geistigen Minderwertigkeit und Beschränktheit eines Menschen zum Zwecke des Ankaufs seines Grundstückes für kaum ein Drittel des wahren Wertes verstößt gegen die guten Sitten“ [3]). Desgleichen Entscheidung vom 19. X. 09 [4]). In solch schweren Fällen, wie sie das Reichsgericht hier voraussetzt, könnte ja wohl schon fast die Anfechtung wegen verminderter Geschäftsfähigkeit in Frage kommen.

---

[1]) Die Entscheidung des Kammergerichtes vom 23. XI. 08 (Psych.-neur. Wochenschr. Bd. 12 S. 28) dürfte hier wohl kaum für alle Fälle genügen.

[2]) Vgl. auch Hess. (Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 8, S. 325.)

[3]) *Voß* l. c. S. 14/15.

[4]) ebenda Bd. 12, S. 27.

Hier müßte ein wesentlich stärkerer Schutz eintreten, und zwar aus ethischen Erwägungen nicht nur zivilrechtlich, sondern auch strafrechtlich. Ob die hier vorgeschlagene Fassung zweckmäßig, mögen Fachleute entscheiden.

§ 88 zieht die „Süchtigen" in den Kreis der hier Geschützten, falls nicht ein besonderes Gesetz diese ganzen Fragen einmal behandelt.

§§ 89 und 90 — die Sicherung des Beschwerderechtes u. ä. — sind wieder weitgehende Zugeständnisse, deren Folgen wir Ärzte jedenfalls nicht zu fürchten haben, und die im Strafmaße so drakonisch wie nur möglich ausfallen mögen.

§ 91 ist (ebenso wie zum Teil §§ 86 und 88) dem ungarischen Vorentwurfe entnommen, der Schutz gegen den sensationslüsternen Skribifax und Schmock, ein Paragraph, der äußerst segensreich wirken müßte, und von dem man nur bedauern könnte, daß er nicht schon zu den Zeiten des Alexianerprozesses in unserem Strafrecht vorhanden war.

§ 92. Das Eingreifen der Staatsanwaltschaft ex officio, nicht erst bei Antrag, soll die Waffe dieser Paragraphen noch verschärfen.

§ 93 wird ja wohl überflüssig werden, denn wenn einmal ein derartiges oder ähnliches Gesetz bei uns Rechtskraft erhalten sollte, so wird dies wahrscheinlich erst sein, wenn unser neues Strafgesetz schon lange Jahre in Kraft ist. Wir geben uns, wie schon mehrfach betont, in diesem Punkte durchaus keiner Selbsttäuschung hin.

Zu allem müßte dann natürlich noch ein Einführungsgesetz kommen, das etwa bestimmte, daß innerhalb einer bestimmten Frist — von etwa 6 Monaten — alle seither bestehenden Gesetze oder Verordnungen, die mit diesem Gesetz in Widerspruch stehen, aufzuheben und die hier geforderten Ausschüsse usw. zu bilden seien. Doch wäre dies alles natürlich cura posterior.

Noch manches könnte über die ganze Frage der Irrengesetzgebung in Deutschland gesagt werden, doch möge das bis jetzt hier Ausgeführte genügen; möge es hoffentlich vor allem genügen, unsere Vorschläge wenigstens vor den gröbsten Mißdeutungen und Mißverständnissen zu schützen.

Wir wollten jedenfalls nicht nur negativ kritisieren, sondern auch positiv einen Weg zur Lösung aller dieser Fragen vorschlagen.

Viele der früheren Vorschläge und auch manche der wirklich zustandegekommenen Gesetze und Verordnungen kranken an einem weltfremden, theoretisch-pedantischen Bureaukratismus, man merkt

es ihnen deutlich an, daß sie von einem „Verwaltungsjuristen" am grünen Tisch s. v. v. „ausgebrütet" wurden, jedenfalls von einem, der mit dem praktischen ärztlichen Betriebe des Heilanstaltswesens recht wenig vertraut war. Auch einen solchen oder ähnlichen Vorwurf wird man dem Entwurfe hoffentlich nicht machen können, er gründet sich auf eine bald 23 jährige praktische Erfahrung und hat sich bemüht, auf das wirkliche Leben Rücksicht zu nehmen, auf das, was wirklich vorkommt und was der Anstaltsbetrieb erfordert, das aber folgerichtig bis zum letzten durchgeführt. Es ist ein hohes Ziel, das er sich steckt, und er bemüht sich, nie kleinlich zu werden, sondern stets eine große Linie einzuhalten — möge es ihm gelungen sein. —

IX. Entwurf.

Fürsorgegesetz für psychisch Erkrankte.

I. Allgemeine Bestimmungen.

§ 1. Jedem psychisch Erkrankten soll in Deutschland diejenige Fürsorge, Behandlung und Pflege zuteil werden, die die Menschlichkeit erfordert, und die der jeweilige Stand der Wissenschaft ermöglicht.

§ 2. Ob im einzelnen Falle eine psychische Erkrankung im Sinne dieses Gesetzes vorliegt, kann endgültig nur ein in Deutschland approbierter Arzt entscheiden, der eine genügende fachärztliche Vorbildung besitzt.

Die Frage der Heilbarkeit sowie Ursache, Art, der Grad und die Dauer der Erkrankung sind dabei unwesentlich.

§ 3. Die Fürsorge für psychisch Erkrankte, insbesondere auch die Pflicht zur Errichtung und Unterhaltung von öffentlichen Heilanstalten aller Art verbleibt denjenigen Behörden, denen diese Aufgabe zu dem Zeitpunkte obliegt, an dem dieses Gesetz in Kraft tritt.

§ 4. Die Behandlung und Pflege psychisch Erkrankter kann stattfinden in öffentlichen (staatlichen oder kommunalen) oder in privaten Heilanstalten, in der eigenen Familie des Erkrankten oder in einer fremden Familie oder in der staatlichen Familienpflege.

Die Entscheidung darüber, welche Art der Pflege im einzelnen Falle angebracht ist, bleibt zunächst den zur Fürsorge für den Kranken verpflichteten Personen oder Behörden überlassen; bei Beschwerden über die Art der Unterbringung entscheidet der zuständige örtliche Überwachungsausschuß (§ 67 ff.).

§ 5. Als Heilanstalt für psychisch Erkrankte („Heilanstalt") im Sinne dieses Gesetzes gilt jedes Krankenhaus, das psychisch Erkrankte aufnimmt und im allgemeinen mehr als 5 Betten zu diesem Zwecke zu verwenden pflegt.

Es ist dabei gleichgültig, welche amtliche Bezeichnung oder welchen Namen dieses Krankenhaus führt (wie etwa: psychiatrische und Nervenklinik, Nervenabteilung, Irrenanstalt, Heil- und Pflegeanstalt, Staatskrankenanstalt, Stadtasyl, Aufnahmeabteilung, Trinkerheilanstalt, Adnexabteilung, Heilerziehungsanstalt, Nervensanatorium, Idioten- oder Schwachsinnigenanstalt, Psychopathenerziehungsheim u. ä.).

Einzelne Krankenabteilungen für psychisch Erkrankte innerhalb allgemeiner Krankenhäuser, in Altersheimen, Stiften, Erziehungs- oder Strafanstalten oder in sonstigen öffentlichen oder privaten Wohlfahrtseinrichtungen sind hier Heilanstalten gleich zu erachten.

§ 6. Öffentliche Krankenhäuser sind solche, die aus staatlichen oder kommunalen Mitteln unterhalten werden und in dem Haushaltungsplane einer Behörde enthalten sind.

Private Krankenhäuser sind solche, die aus Mitteln einer Privatperson oder einer juristischen Person (insbesondere auch einer Stiftung, eines geistlichen Ordens, einer Krankenkasse u. ä.) unterhalten werden, ohne Rücksicht darauf, ob ein Erwerbszweck vorhanden ist oder nicht.

§ 7. In jeder Heilanstalt für psychisch Erkrankte muß wenigstens ein in Deutschland approbierter, fachärztlich ausgebildeter Arzt in selbständiger und verantwortlicher Stellung tätig sein, bei größerer Krankenzahl entsprechend mehr Ärzte, ferner das erforderliche fachlich ausgebildete Pflegepersonal.

Ist das Krankenhaus ganz oder überwiegend zur Behandlung und Pflege psychisch Erkrankter bestimmt, so hat die alleinige Oberleitung in Händen eines erfahrenen Facharztes zu liegen.

Ausnahmen hiervon sind nur mit Zustimmung des zuständigen Reichsausschusses zulässig, die nur widerruflich erteilt werden kann.

Wieviel ausgebildete Fachärzte, wieviel Hilfsärzte und wieviel Pflegepersonal — alles entsprechend der Zahl der jeweils verpflegten Kranken — im einzelnen Falle vorhanden sein müssen, besagen die Richtlinien, die der zuständige Reichsausschuß gem. § 58 dieses Gesetzes aufstellt.

§ 8. Jede Heilanstalt muß in baulicher und technischer sowie in organisatorischer Hinsicht so eingerichtet sein bzw. so betrieben werden, wie es die Art der jeweils dort verpflegten Kranken erfordert. Richtlinien hierüber stellt ebenfalls der zuständige Reichsausschuß auf und überwacht deren Durchführung.

§ 9. In allen Krankenhäusern, die nicht als Heil-

anstalten im Sinne dieses Gesetzes gelten, sowie in Heilanstalten, die nicht den Vorschriften der §§ 7 und 8 dieses Gesetzes genügen, dürfen psychisch Erkrankte nur vorübergehend, d. h. jeder einzelne Kranke nicht länger als dreimal 24 Stunden und nicht häufiger als einmal im Monat verpflegt werden.

Die Überführung der Kranken in eine vollwertige Heilanstalt ist rechtzeitig in die Wege zu leiten.

§ 10. Die Zahl und die Größe der öffentlichen Heilanstalten muß den durch die Sachlage gebotenen Anforderungen entsprechen. Wenn es sich als nötig erweist, müssen unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 8 Erweiterungen der bestehenden Anstalten oder Neubauten rechtzeitig vorbereitet, begonnen, fertiggestellt und in Betrieb genommen, und es muß das erforderliche ärztliche und Pflegepersonal bereitgestellt werden.

§ 11. Die Bedingungen, unter denen eine private Heilanstalt errichtet werden darf und geführt werden muß, können, soweit sie nicht durch dieses Gesetz und durch die Gewerbeordnung festgelegt sind, durch besondere ergänzende Verordnungen innerhalb der einzelnen Länder geregelt werden.

§ 12. Die Pflege eines psychisch Erkrankten in seiner eigenen oder in einer fremden Familie steht ganz allgemein unter der Aufsicht des jeweiligen örtlichen Überwachungsausschusses.

Befinden sich in einer Familie mehr als drei psychisch Erkrankte in Pflege, die nicht mit dem Familienoberhaupte verwandt sind, so gilt dies als Privatanstalt.

§ 13. Die staatlich eingerichtete Familienpflege steht unter der Leitung der für den betreffenden Bezirk zuständigen öffentlichen Heilanstalt. Einzelheiten können, soweit sie nicht durch dieses Gesetz festgelegt sind, durch besondere Verordnungen innerhalb der einzelnen Länder geregelt werden.

§ 14. Jede Beschränkung der persönlichen Freiheit eines psychisch Erkrankten und alle ähnlichen Eingriffe, wie etwa die Beaufsichtigung seines Briefverkehrs u. a. m., die nach pflichtgemäßem Ermessen eines gewissenhaften Arztes zweckmäßig oder notwendig erscheinen zur Heilung oder Pflege eines solchen Kranken, gelten als „Behandlungsweise" im Sinne des § 238 des (neuen) Strafgesetzbuch(es)(entwurfes) und sind nicht als widerrechtliche Freiheitsberaubung anzusehen.

II. Aufnahme eines psychisch Erkrankten in eine öffentliche oder private Heilanstalt oder in die staatliche Familienpflege.

A.

Aufnahme in eine öffentliche Heilanstalt ohne Mitwirkung einer Behörde.

§ 15. Die Aufnahme eines psychisch Erkrankten in eine öffentliche Heilanstalt ohne Mitwirkung einer Behörde kann sein:

a) die freiwillige,
b) die regelrechte,
c) die dringliche Aufnahme.

Über die Zulässigkeit jeder Aufnahme dieser Art entscheidet der leitende Arzt der betreffenden Heilanstalt.

§ 16. Zur freiwilligen Aufnahme ist erforderlich:

a) ein Nachweis über die Person des Kranken;
b) ein Zeugnis eines in Deutschland approbierten Arztes, daß die Aufnahme in die betreffende Heilanstalt zweckmäßig ist; dieses Zeugnis kann auch von einem Arzte der Heilanstalt selbst ausgestellt werden;
c) eine von dem Kranken selbst zu unterschreibende Erklärung, daß er mit der Aufnahme einverstanden ist.

Voraussetzung für die freiwillige Aufnahme ist die Vermutung, daß der Kranke in bezug auf diese Erklärung geschäftsfähig ist; im Zweifelfalle entscheidet der leitende Arzt der betreffenden Heilanstalt.

§ 17. Zur regelrechten Aufnahme ist erforderlich:

a) ein Nachweis über die Person des Kranken;
b) ein Zeugnis eines in Deutschland approbierten Arztes, daß eine psychische Erkrankung vorhanden, und daß die Aufnahme in eine Heilanstalt zur Behandlung der hier vorliegenden Krankheitserscheinungen notwendig ist; dieses Zeugnis muß weiterhin enthalten die Angaben zur Vorgeschichte, die der Arzt von Angehörigen des Kranken oder anderen Personen erhalten hat, ferner — erkennbar getrennt davon — die Angaben, die von dem Kranken selbst stammen, sowie der übrige Befund der persönlichen Untersuchung des Arztes und die Angabe, wann, wo und auf wessen Veranlassung diese Untersuchung vorgenommen wurde; außerdem müssen die wichtigsten Erscheinungen der Krankheit genannt sein; eine besondere klinische Diagnose ist nicht erforderlich.

Das Zeugnis darf nicht später als 8 Tage nach der letzten persönlichen Untersuchung ausgestellt sein, die Aufnahme darf nicht später als 8 Tage nach der Ausstellung des Zeugnisses erfolgen.

Abgesehen von Fällen des § 42 oder 51 dieses Gesetzes oder bei der Wiederaufnahme eines Kranken soll tunlichst das Zeugnis nicht von einem Arzte der betreffenden Heilanstalt ausgestellt werden. Geschieht dies dennoch, so ist so zu verfahren, als ob es sich um eine Aufnahme in eine private Heilanstalt gehandelt hätte (§ 35).

c) Erforderlich ist weiterhin eine schriftliche Zustimmungserklärung der gesetzlichen Vertreter des Kranken bzw. derjenigen Personen oder Dienststellen, denen die Fürsorge für die Person des Kranken zusteht.

§ 18. Zur dringlichen Aufnahme ist erforderlich:

a) Ein Zeugnis eines in Deutschland approbierten Arztes, daß eine psychische Erkrankung vorhanden und daß die Aufnahme infolge der hier vorliegenden Krankheitserscheinungen dringend notwendig ist.

Dieses Zeugnis muß wenigstens den Befund der persönlichen Untersuchung enthalten und die wichtigsten Erscheinungen der Krankheit nennen; im übrigen soll es, soweit es der Sachlage nach möglich ist, den Anforderungen des § 17 b entsprechen.

Das Zeugnis kann auch von einem Arzte der Heilanstalt selbst ausgestellt werden.

b) Der Nachweis über die Person des Kranken (§ 17 a) und die schriftliche Zustimmung der gesetzlichen Vertreter usw. (§ 17 c) sollen tunlichst innerhalb dreimal 24 Stunden nach der Aufnahme beschafft werden.

Voraussetzung zur dringlichen Aufnahme ist, daß die wenigstens vorübergehend geminderte oder aufgehobene Geschäftsfähigkeit des Kranken nachgewiesen oder glaubhaft vermutet wird; im Zweifelfalle entscheidet der leitende Arzt der betreffenden Heilanstalt.

B.

Aufnahme in eine öffentliche Heilanstalt auf Anordnung einer Behörde.

§ 19. Die Aufnahme eines Kranken in eine öffentliche Heilanstalt auf Anordnung einer Behörde kann stattfinden:

a) Zur Beobachtung auf den Geisteszustand gemäß § 81

StPO., § 656 ZPO. und sinngemäß anderer entsprechender Paragraphen rechtsgültiger Gesetze.

b) Zur Verwahrung gemäß § ✚ des (neuen) Strafgesetzbuches.

§ 20. Weiterhin kann die zuständige [Polizeibehörde oder die][1]) Fürsorgebehörde aus eigener Entschließung oder auf Antrag einer gemäß § 24 und 25 hierzu berechtigten Behörde oder Person die Unterbringung eines psychisch Erkrankten zu seiner Behandlung, Pflege und Beaufsichtigung in einer öffentlichen Heilanstalt anordnen,

a) wenn der Kranke sich selbst nach dem Leben trachtet oder wenn seine Beaufsichtigung zur Abwehr einer Selbstbeschädigung notwendig erscheint,

b) wenn er infolge seiner psychischen Erkrankung die öffentliche Ruhe, Sicherheit und Sittlichkeit, die Ehre, die Gesundheit oder das Eigentum eines anderen oder anderer in solchem Grade gefährdet, daß er mit Rücksicht auf die Allgemeinheit in besonderer Obhut und Aufsicht gehalten werden muß.

§ 21. Ebenso kann die Fürsorgebehörde die Aufnahme eines Kranken anordnen,

a) wenn er ohne Aufsicht, Schutz, leibliche Versorgung und fachärztlichen Beistand zu verwahrlosen droht oder gefährdet sein würde,

b) wenn von ihm widerrechtliche Maßnahmen zu erwarten sind, die ihm einen körperlichen, wirtschaftlichen oder sozialen Nachteil zu bringen vermögen.

§ 22. Ebenso kann die Fürsorgebehörde die Aufnahme einer Person in einer öffentlichen Heilanstalt zur Beobachtung auf den Geisteszustand anordnen.

Erforderlich ist hierzu

a) ein Nachweis über die Person des zu Untersuchenden;

b) ein Zeugnis eines in Deutschland approbierten [oder: eines beamteten][1]) Arztes, daß die Aufnahme zur Beobachtung auf den Geisteszustand notwendig oder zweckmäßig sei; im übrigen muß dieses Zeugnis den Anforderungen des § 17 b entsprechen.

Die Beobachtung darf die Dauer von 6 Wochen nicht überschreiten.

§ 23. Zuständig für die Entscheidung gemäß § 20—22 sind diejenigen [Polizei- bzw.][1]) Fürsorgebehörden, in deren Dienst-

[1]) Dies sei unverbindlich zur Erörterung gestellt.

bereich der Unterzubringende sich aufhält oder in letzter Zeit sich aufgehalten hat.

§ 24. Berechtigt zur Stellung eines Antrages gemäß §§ 20—22 sind folgende Behörden und Stellen:

a) die mit der Fürsorge für hilfsbedürftige Personen betrauten öffentlichen Fürsorgebehörden und die dazu befugten privaten Wohlfahrtseinrichtungen;
b) bei Fürsorgezöglingen die zuständigen Behörden (Jugendämter u. ä.);
c) bei aktiven Militärpersonen die vorgesetzte Militärbehörde;
d) bei allen staatlichen und kommunalen Beamten und Angestellten die vorgesetzten Behörden.

§ 25. Berechtigt zur Stellung eines solchen Antrages sind weiterhin folgende Personen:

a) bei Minderjährigen sowie bei Kranken, die unter Vormundschaft oder vorläufiger Vormundschaft oder unter Pflegschaft für die Person stehen, die gesetzlichen Vertreter;
b) bei allen übrigen Personen die direkten Angehörigen oder diejenigen, denen die Fürsorge für die Person des Kranken zusteht,
c) alle anderen Personen, die ein berechtigtes Interesse glaubhaft nachweisen können.

§ 26. In den Fällen der §§ 20—22 prüft die Behörde vor ihrer Entscheidung die Sachlage, möglichst unter persönlicher Vernehmung des Unterzubringenden, unter Berücksichtigung der angebotenen Beweismittel, gegebenenfalls unter Vernehmung der benannten Zeugen; ein beamteter, sachverständiger Arzt muß gutachtlich gehört werden.

Falls Dringlichkeit vorliegt, oder wenn die persönliche Vernehmung des Unterzubringenden nach dem Zeugnisse eines sachverständigen Arztes für den Zustand des Kranken schädlich sein könnte, darf auch kurzer Hand entschieden werden.

Die Entscheidung ist gegebenenfalls der Heilanstalt, jedenfalls aber dem Kranken selbst sowie der beantragenden Dienststelle oder Person zuzustellen nebst Belehrung über die Rechtsmittel.

§ 27. Alle Mitglieder und Hilfskräfte der betreffenden Behörden gelten in diesem Verfahren als „Gehilfen des Arztes“ im Sinne des § 300 StGB.

§ 28. Gegen jede Entscheidung gemäß § 20—22 ist innerhalb von 14 Tagen Klage bei dem zuständigen Amtsgerichte zulässig. Die Frist läuft vom Tage der Zustellung des Beschlusses. Berechtigt

zur Klage ist der Unterzubringende selbst und die in §§ 24 und 25 genannten Behörden und Personen, in den Fällen der §§ 44/I, 48, 50, 51 auch die Direktion der betreffenden öffentlichen Heilanstalt. Die Klage ist zu richten auf Herbeiführung oder Aufhebung eines Beschlusses nach §§ 20—22. Gegen die Entscheidung des Gerichts steht der übliche Rechtsweg offen.

Die Klage und etwaige weitere Rechtsmittel haben keine aufschiebende Wirkung bezüglich der Verbringung in eine öffentliche Heilanstalt.

Bei der Berufung an die ordentlichen Gerichte regeln sich die Kosten nach den dort geltenden Bestimmungen. Im Zweifelfalle ist das Armenrecht zu gewähren.

§ 29. Das Verfahren im Falle des § 28 ist nicht öffentlich, doch kann das Gericht auf Antrag Öffentlichkeit beschließen. Berufung gegen diesen Beschluß ist zulässig und muß zunächst entschieden werden.

§ 30. Psychisch erkrankte Untersuchungs- oder Strafgefangene können durch den Leiter des betreffenden Untersuchungsgefängnisses bzw. der Strafanstalt auf einfaches Zeugnis des betreffenden Strafanstaltsarztes in jede öffentliche Heilanstalt oder auf die Krankenabteilung (Adnexabteilung) der betreffenden Strafanstalt verlegt werden.

§ 31. Die Regelung der Kostendeckung für die Verpflegung eines Kranken in einer öffentlichen Heilanstalt bleibt besonderen verwaltungsrechtlichen Verfügungen überlassen. Doch darf die Tatsache, daß die Frage der Zahlungsverpflichtung im einzelnen Falle vielleicht noch nicht geklärt ist, nie die Aufnahme eines Kranken in eine öffentliche Heilanstalt verzögern oder verhindern.

Im Zweifelfalle hat die für das Gebiet der Heilanstalt zuständige Fürsorgebehörde zunächst die Kosten zu übernehmen.

§ 32. Die Überführung eines Kranken in eine öffentliche Heilanstalt hat unter Berücksichtigung der Grundsätze des § 1 dieses Gesetzes zu erfolgen. Personal der betr. Heilanstalt darf dazu nicht verwandt werden.

C.

Die Aufnahme in private Heilanstalten und in die staatliche Familienpflege.

§ 33. Aufnahmen in private Heilanstalten sind nur unter den Voraussetzungen der §§ 16—18 möglich. Bei regelrechten Aufnahmen kann jedoch ein Arzt der betreffenden privaten Heilanstalt das Zeugnis nicht ausstellen.

Über die Zulässigkeit der Aufnahme entscheidet zunächst der leitende Arzt der betreffenden Heilanstalt.

§ 34. Bei Verlegungen aus einer öffentlichen Heilanstalt ist nach §§ 16 oder 17 sinngemäß zu verfahren.

§ 35. Innerhalb 24 Stunden nach jeder Aufnahme ist unter Beifügung der Aufnahmepapiere und eines kurzen ärztlichen Berichtes Meldung zu erstatten an das ständige ärztliche Mitglied des zuständigen örtlichen Überwachungsausschusses (§ 69 b). Dieser Arzt hat, sofern er es für notwendig hält, eine nähere Prüfung des Sachverhaltes und eine persönliche Untersuchung des betr. Kranken vorzunehmen und darüber an den Überwachungsausschuß zu berichten.

§ 36. Für die Überführung eines Kranken in eine private Heilanstalt gelten sinngemäß die Bestimmungen des § 32.

§ 37. Die Verpflegung eines Kranken in der staatlichen Familienpflege ist nur zulässig, wenn eine Aufnahme oder wenigstens eine Beobachtung gemäß § 22 in einer öffentlichen Heilanstalt vorausgegangen war. Eine Versetzung in die staatliche Familienpflege erfolgt dann ohne weitere Förmlichkeit durch den leitenden Arzt der betr. Heilanstalt nach dessen eigenem Ermessen, ebenso, wenn erforderlich, die Rückversetzung in die Heilanstalt.

Weitere Einzelheiten bleiben besonderen Verordnungen überlassen.

III. Die Behandlung und Verpflegung in der Heilanstalt.

§ 38. Die Behandlung und Verpflegung in jeder öffentlichen und privaten Heilanstalt und in der staatlichen Familienpflege geschieht auf Grund besonderer Verordnungen und Dienstanweisungen, die dem Sinne des § 1 dieses Gesetzes entsprechen und von dem zuständigen örtlichen Überwachungsausschusse genehmigt sein müssen.

§ 39. Von jeder Aufnahme, die auf Grund der §§ 19—22 und 30 erfolgt, ist der einweisenden Behörde Mitteilung zu machen. Andere Meldungen als diese und die in § 35 genannten, insbesondere also solche an die Heimat-, die Polizei-, die Fürsorgebehörde oder die zuständige Staatsanwaltschaft finden nicht statt.

§ 40. Kranke, die nach §§ 19 b, 20 und 30 in eine öffentliche Heilanstalt aufgenommen wurden, oder solche, gegen die ein Haftbefehl vorliegt, sind unter entsprechenden Vorsichtsmaßregeln unterzubringen.

§ 41. Ebenso wie die Angehörigen eines Kranken hat der leitende Arzt einer öffentlichen oder privaten Heilanstalt das Recht, wenn er es für zweckmäßig oder erforderlich hält, bei jedem unter seiner Obhut stehenden Kranken die Einleitung eines Entmündigungsverfahrens, die Errichtung einer vorläufigen Vormundschaft oder einer Pflegschaft an zuständiger Stelle zu beantragen, ebenso gegebenenfalls auch die Wiederaufhebung einer Entmündigung.

IV. Entlassung und Beurlaubung.

§ 42. Die Entlassung der nach § 16 aufgenommenen Kranken hat zu erfolgen, wenn die Kranken selbst es verlangen.

Ist die Voraussetzung der Geschäftsfähigkeit nicht mehr gegeben oder stellt sich während der Behandlung heraus, daß sie irrtümlich angenommen worden war, so ist rechtzeitig die regelrechte Aufnahme nach § 17 in die Wege zu leiten oder gegebenenfalls die Aufnahme nach §§ 20—22 zu beantragen.

§ 43. Die Entlassung der nach §§ 17 und 18 aufgenommenen Kranken steht im Ermessen des leitenden Arztes.

Im allgemeinen soll jedenfalls eine Entlassung erfolgen, wenn der Zustand des Kranken nicht mehr derartig ist, daß eine Anstaltsbehandlung weiterhin nötig erscheint, und der Kranke selbst oder seine Angehörigen bzw. gesetzlichen Vertreter es verlangen.

§ 44. Verlangt ein Kranker, der nach §§ 17—18 aufgenommen ist, oder verlangen seine gesetzlichen Vertreter usw. die Entlassung, hat sich aber im Laufe der Behandlung herausgestellt, daß die Voraussetzungen des §§ 20 oder 21 vorliegen, so hat der leitende Arzt sofort einen diesbezüglichen Antrag zu stellen und bis zur Erledigung desselben die Entlassung zu verweigern.

Liegen diese Voraussetzungen zwar nicht vor, hegt der leitende Arzt aber trotzdem gewisse Bedenken, so kann er die Entlassung des Kranken abhängig machen von der Unterzeichnung einer Erklärung durch die Angehörigen usw. des Inhaltes, daß sie auf die ärztlichen Bedenken und auf die Bestimmungen der §§ 80 und 81 dieses Gesetzes aufmerksam gemacht worden seien und alle Verantwortung für etwaige schädliche Folgen auf sich nähmen.

§ 45. Ein Kranker ist zu entlassen, wenn ein dementsprechendes rechtskräftiges Urteil gemäß § 28 oder eine Entscheidung des Überwachungsausschusses gemäß § 75 c vorliegt und dagegen keine

Klage nach § 76 erhoben oder sonst ein zulässiges Rechtsmittel ordnungsgemäß eingelegt worden ist.

§ 46. An Stelle der Entlassung kann nach dem Ermessen des leitenden Arztes auch eine Beurlaubung bis zu 3 Monaten oder eine versuchsweise Entlassung bis zu 2 Jahren treten. Beurlaubte und versuchsweise entlassene Kranke können jederzeit ohne weitere Förmlichkeit wieder aufgenommen werden. In den Entlassungspapieren des Kranken ist die versuchsweise Entlassung nicht als solche zu kennzeichnen.

§ 47. Die Angehörigen usw. eines beurlaubten Kranken haben die Direktion der Heilanstalt über den jeweiligen Aufenthaltsort des Kranken auf dem laufenden zu halten und monatlich über den Zustand des Kranken einen kurzen mündlichen oder schriftlichen Bericht an den behandelnden Arzt zu erstatten. Die Direktion ist berechtigt, außerdem durch den Arzt der Familienpflege desjenigen Bezirks, in dem sich der Kranke aufhält, einen sachverständigen Bericht einzuholen bzw. durch Vermittlung der Direktion der dortigen Anstalt einholen zu lassen.

§ 48. Kranke, die sich nach § 19 a in der Heilanstalt befinden, sind nach Ablauf der gesetzlichen Beobachtungsfrist zu entlassen, sofern nicht rechtzeitig auf Grund der Beobachtung von dem leitenden Arzte ein Antrag gem. §§ 20 oder 21 gestellt worden war. Bis zur Entscheidung über diesen Antrag verbleibt der Kranke noch in der Heilanstalt.

§ 49. Kranke, die sich nach § 19 b, nach den §§ 20, 21 oder 30 in der Heilanstalt befinden, können nur mit Zustimmung der einweisenden Behörde entlassen werden, falls nicht § 45 zutrifft.

§ 50. Einen Antrag auf Wiederaufhebung des Einweisungsbeschlusses nach §§ 20 und 21 können alle in den §§ 24 und 25 genannten Behörden und Personen, aber auch der Kranke selbst und der leitende Arzt der Anstalt stellen.

Gegen die Entscheidung ist Klage gem. § 28 zulässig.

Im Falle der Ablehnung und nach Erschöpfung der Rechtsmittel kann der Antrag nur nach 6 Monaten wiederholt werden, es sei denn, daß der leitende Arzt der Heilanstalt es befürwortet oder selbst den Antrag stellt.

§ 51. Kranke, die sich nach § 22 in der Heilanstalt befinden, sind nach Ablauf der Beobachtungsfrist zu entlassen, falls nicht vorher eine Aufnahme nach §§ 16, 17, 19, 20 oder 21 stattgefunden hat.

V.
Überwachung und Beschwerde.

§ 52. Um die sachgemäße Durchführung der Bestimmungen dieses Gesetzes sicherzustellen, werden folgende Körperschaften errichtet:

a) Der Gesamt-Reichsausschuß („Gesamtausschuß“)
b) Die einzelnen Reichsausschüsse
c) Die örtlichen Überwachungs- und Beschwerdeausschüsse. („Überwachungsausschuß“.)

A. Der Gesamtausschuß.

§ 53. Der Gesamtausschuß ist die **höchste sachliche Instanz** in allen grundsätzlichen Fragen der Pflege und Behandlung psychisch Erkrankter und in allen strittigen Fragen, die sich bei der Durchführung oder in der Auslegung dieses Gesetzes ergeben.

Er besteht aus der Gesamtheit aller Reichsausschüsse und tritt zusammen, wenn wenigstens ein Reichsausschuß es beantragt. Sein Sitz ist an dem Orte, an dem sich das Reichsgericht befindet.

Er wählt sich seinen Vorsitzenden selbst und gibt sich seine Geschäftsordung; jedoch ist zu jedem seiner Beschlüsse die Zustimmung von wenigstens der Hälfte der ihm angehörenden fachärztlichen Mitglieder (§ 55 a) erforderlich.

B. Reichsausschüsse.

§ 54. Es wird zunächst für die 6[1]) unten genannten Gebiete je ein Reichsausschuß gebildet.

Das Reichsministerium des Innern kann, wenn erforderlich, die Zahl der Reichsausschüsse vermehren und die dazu nötigen Stellen in seinen Haushaltungsplan einstellen, ebenso kann es unter Zustimmung oder auf Antrag des Gesamtausschusses den Wirkungsbereich der einzelnen Reichsausschüsse anders umgrenzen.

Reichsausschüsse werden zunächst gebildet für[1]):

a) Ostpreußen, Pommern, Brandenburg, Berlin (Sitz in Berlin).
b) Schlesien, Provinz Sachsen, Freistaat Sachsen, Anhalt-Bernburg und Thüringen (Sitz in Leipzig).
c) Schleswig-Holstein, Hannover, Mecklenburg, Oldenburg, Braunschweig und die Hansestädte (Sitz in Hamburg).
d) Rheinland, Westfalen, Hessen-Nassau, Lippe und Waldeck (Sitz in Köln)[1]).

[1]) Vgl. Anm. S. 219.

e) Württemberg, Baden, Hessen (Sitz in Stuttgart).
f) Bayern (Sitz in München).

§ 55. Jeder Reichsausschuß besteht aus folgenden Mitgliedern:

a) einem hauptamtlich tätigen, erfahrenen Facharzte für psychische Erkrankungen als Vorsitzender.

Er wird von der Reichsregierung ernannt und als Reichsbeamter in gehobener Gehalts- (Sonder-) Gruppe festangestellt. Er hat das richterliche Recht der Unabsetzbarkeit.

Er muß vor seiner Ernennung wenigstens 10 Jahre als Leiter von öffentlichen Heilanstalten oder als Ordinarius für Psychiatrie an deutschen Hochschulen tätig gewesen sein. Die Ausübung von Privatpraxis ist ihm nicht gestattet.

b) einem Mitglied des Reichsgerichts als Beisitzer. Er wird von der Reichsregierung auf 5 Jahre ernannt, Wiederernennung ist zulässig; er übt seine Tätigkeit nebenamtlich aus, er ist dafür in entsprechender Weise bezügl. seines übrigen Dienstes zu entlasten;

c) einem Mitglied einer aus allgemeinen Wahlen hervorgegangenen Volksvertretung als Beisitzer. Er wird von dem Landtage bzw. der Volksvertretung eines der betr. Länder für die Dauer der Wahlperiode aus ihren Reihen gewählt und übt seine Tätigkeit ehrenamtlich aus.

Gehören mehrere Länder zu dem Bereiche eines Reichsausschusses, so stellen die Volksvertretungen dieser Länder abwechselnd diesen Beisitzer. Die einzelnen preußischen Provinzen zählen in dieser Reihenfolge als Länder.

§ 56. Der Vorsitzende jedes Reichsausschusses führt die laufenden Geschäfte und beruft den Reichsausschuß nach Bedarf, wenigstens aber einmal monatlich.

Die erforderlichen Räumlichkeiten und das nötige Hilfspersonal sind ihm zur Verfügung zu stellen.

Der Reichsausschuß gehört zum Haushaltungsplane des Ministeriums des Innern.

§ 57. Der Reichsausschuß hat für seinen Wirkungsbereich die Durchführung der Bestimmungen dieses Gesetzes zu überwachen hinsichtlich aller grundsätzlichen Fragen. Solche sind unter anderem: die in §§ 1, 5, 7 bis 10 dieses Gesetzes niedergelegten Bestimmungen, ferner der ganze dienstliche Betrieb der öffentlichen und privaten Heilanstalten, insbes. auch die Gestaltung der Dienstanweisungen für das ärztliche und Pflegepersonal, die dienstliche, soziale

und wirtschaftliche Stellung der Ärzte und des Pflegepersonals der Heilanstalten, die Vermeidung veralteter Behandlungsweisen, die Einrichtung und den Ausbau der Familienpflege u. a. m. Die Entscheidung darüber, ob es sich im Einzelfalle um eine grundsätzliche Frage handelt, trifft der Ausschuß selbst.

Ferner obliegt ihm die Einführung, Durchführung und Verarbeitung einer zweckentsprechenden Statistik für alle einschlägigen Fragen.

§ 58. Jeder Reichsausschuß stellt zur Durchführung der grundsätzlichen Fragen Richtlinien auf und kann diese dem jeweiligen Stande der Wissenschaft entsprechend ändern.

Die Einheitlichkeit der Richtlinien aller Reichsausschüsse ist anzustreben unter Mitwirkung des Gesamtausschusses.

Die Grundlagen der Statistik sind einheitlich zu gestalten.

§ 59. Jeder in Deutschland approbierte Arzt, jeder Beamte oder Angestellte einer öffentlichen oder privaten Heilanstalt, jede diesbezügliche Standesorganisation, jeder psychisch Erkrankte sowie seine gesetzlichen Vertreter und Angehörigen, ferner jeder, der ein berechtigtes Interesse nachzuweisen vermag, ist befugt, sich beschwerdeführend an den zuständigen Reichsausschuß zu wenden, wenn er glaubt, daß in einer grundsätzlichen Frage den Bestimmungen oder dem Geiste dieses Gesetzes zuwidergehandelt werde. —

Jede dienstliche Anordnung, die eine solche Beschwerde verbietet oder erschwert, ist ungültig.

Über die Person des Beschwerdeführers ist Amtsverschwiegenheit zu bewahren, insbesondere denjenigen Personen oder Dienststellen gegenüber, gegen die sich die Beschwerde richtet.

§ 60. Alle Beschwerden, die sich auf einzelne Fälle oder auf einzelne Vorkommnisse beziehen, übergibt der Reichsausschuß zur weiteren Erledigung dem zuständigen örtlichen Überwachungsausschuß (§ 67 ff.). Hat die betr. Angelegenheit jedoch zugleich auch grundsätzliche Bedeutung, so hat sich der Reichsausschuß nach oder neben der Erledigung des Einzelfalles auch seinerseits mit der Frage befassen.

§ 61. Der Reichsausschuß hat das Recht, nach eigenem Ermessen unangemeldet alle zu seinem Bezirk gehörenden öffentlichen und privaten Heilanstalten und Krankenhäuser zu besichtigen, ebenso alle Stellen, an denen psychisch Erkrankte, oder Kranke, bei denen die Vermutung einer psychischen Erkrankung besteht, sich in Pflege befinden; er hat das Recht über alles Auskunft zu verlangen, alle Akten einzusehen, alle Räume zu betreten, alle Kranken persön-

lich zu untersuchen, sowie Zeugen zu vernehmen, wenn er es für erforderlich hält, unter Eid. Die Vereidigung wird von dem richterlichen Mitgliede des Ausschusses vorgenommen.

§ 62. Wenigstens einmal im Jahre erstattet der Reichsausschuß über seine Tätigkeit einen Bericht an den Gesamtausschuß.

Ein von dem Ausschusse selbst abgefaßter Auszug aus diesem Berichte wird in der Fachpresse veröffentlicht.

§ 63. Glaubt der Ausschuß, daß irgendwo den Bestimmungen oder dem Geiste dieses Gesetzes zuwiderhandelt werde, insbesondere auch, daß die von ihm aufgestellten Richtlinien in wichtigen Fragen nicht beachtet würden, so versucht er zunächst in vertraulichen Verhandlungen mit den betreffenden Dienststellen oder Personen Abhilfe zu schaffen.

§ 64. Gelingt es hierdurch oder durch die Veröffentlichung eines entsprechenden Berichtes in der Fachpresse gem. § 62 nicht, innerhalb einer angemessenen Frist den gerügten Mißstand zu beseitigen, so übergibt der Ausschuß die Angelegenheit dem Gesamtausschuß. Im gegebenen Falle stellt er Strafantrag gem. § 89 dieses Gesetzes bei der zuständigen Staatsanwaltschaft.

§ 65. Der Gesamtausschuß prüft die Sachlage nochmals und fordert dann die betr. Person oder Dienststelle schriftlich auf, in einer angemessenen Frist Abhilfe zu schaffen. Bleibt auch dieser Schritt erfolglos, so übergibt der Gesamtausschuß die Angelegenheit mit einem entsprechenden Antrage der Reichsregierung.

§ 66. Die Reichsregierung hat dann zur Durchführung der Bestimmungen dieses Gesetzes Klage bei dem Reichsgerichte zu erheben.

C. Die örtlichen Überwachungs- und Beschwerdeausschüsse.

§ 67. In Preußen wird für jede Provinz, in Bayern für jeden Kreis, im übrigen für jedes Land ein örtlicher Überwachungs- und Beschwerdeausschuß gebildet.

Kleinere Länder, die weniger als 1500 Betten in öffentlichen Heilanstalten zur Verfügung haben, können sich einem benachbarten Überwachungsausschusse unterstellen und haben im Verhältnis der Bettenzahl der öffentlichen Heilanstalten zu dessen Kosten beizutragen. Ebenso können sich mehrere kleinere Länder zur Errichtung eines gemeinsamen Überwachungsausschusses vereinigen.

Städte, die über mehr als 3000 Betten in öffentlichen Heilanstalten verfügen, haben einen eigenen Überwachungsausschuß zu bilden.

§ 68. Der Überwachungsausschuß untersteht in Preußen der Provinzialverwaltung, in Bayern der Kreisverwaltung, im übrigen der betr. Landesregierung und ist in dem entsprechenden Haushaltungsplane zu führen.

Ein gemeinsamer Ausschuß untersteht derjenigen Verwaltung, die über die meisten Betten (§ 67 II) verfügt.

§ 69. Jeder Überwachungsausschuß besteht aus folgenden Mitgliedern:

a) Einem höheren Juristen als Vorsitzenden.

Er wird von der betr. Landes- bzw. Kommunal- oder Kreisverwaltung ernannt und als Staats- bzw. Kommunalbeamter in Gehaltsgruppe XIII[1]) fest angestellt.

b) Einem psychiatrisch vorgebildeten Facharzte, der ebenso wie der Vorsitzende angestellt und besoldet wird.

Er muß vorher wenigstens 20 Jahre als beamteter Arzt in öffentlichen Heilanstalten tätig gewesen sein.

c) Dem leitenden Arzte einer psychiatrischen Universitätsklinik oder einer öffentlichen Heilanstalt, die nicht in dem Bezirke des betr. örtlichen Ausschusses liegt. Er wird von der gleichen Behörde auf die Dauer von 5 Jahren ernannt. Wiederernennung ist zulässig. Er übt seine Tätigkeit nebenamtlich aus und erhält dafür eine entsprechende Vergütung.

d) Zwei Mitgliedern des betr. Provinzial- oder Kreislandtages bzw. der Volksvertretung des betr. Landes usw., die von der betr. Körperschaft für die Dauer ihrer Wahlperiode gewählt werden.

Bei einem gemeinsamen Ausschuß stellen die einzelnen Länder diese Mitglieder, gegebenenfalls abwechselnd.

Sie üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

§ 70. Der Vorsitzende führt zusammen mit dem zuständigen ärztlichen Mitgliede die laufenden Geschäfte. Er beruft den Ausschuß, wenn eine Beschwerde vorliegt, wenigstens aber einmal im Monat.

§ 71. Das ständige fachärztliche Mitglied (§ 69b) ist zugleich bei der Regierung seines Verwaltungsbezirkes Referent für alle Angelegenheiten, die mit der Pflege und Fürsorge für psychisch Erkrankte und

[1]) oder in Sondergruppe

mit dem Heilanstaltswesen zusammenhängen, sowie Personalreferent über alle beamteten Fachärzte für psychisch Erkrankte.

In den Fällen des § 35 verfährt er demgemäß.

§ 72. An den Ausschuß sind sämtliche Beschwerden weiterzuleiten, die von psychisch Erkrankten über einzelne Vorkommnisse, Handlungen oder Unterlassungen, insbesondere auch über die Unterbringung in einer Heilanstalt erhoben werden, mit Ausnahme der Fälle des § 75 b.

Ebenso sind die in § 59 I genannten Personen usw. zu einer Beschwerde berechtigt. § 59 II und § 61 gelten sinngemäß, § 59 III nach dem Ermessen des Ausschusses.

Vernehmungen von Angestellten einer Pflegeanstalt oder eines Krankenhauses sind nur in Gegenwart des leitenden Arztes oder dessen Vertreters zulässig.

§ 73. Durch die Beschwerde eines Kranken sind die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht des § 300 StGB. dem Ausschusse gegenüber entbunden. —

Die nicht ärztlichen Mitglieder des Ausschusses gelten jedoch ihrerseits dabei als Gehilfen des Arztes im Sinne des § 300 StGB.

§ 74. Der Ausschuß ist verpflichtet, in jeder Beschwerdeangelegenheit den leitenden Arzt der betr. Heilanstalt bzw. des betr. Krankenhauses oder einen von diesem benannten Stellvertreter, bei anderen Kranken den behandelnden Arzt, gutachtlich zu hören und darf keine Entscheidung fällen auf Grund eines Materials, zu dem dieser nicht hatte Stellung nehmen können.

§ 75. Der Ausschuß kann bei einer Beschwerde folgende Entscheidungen treffen:

a) Abweisung der Beschwerde.
b) Innerhalb eines bestimmten Zeitraumes von höchstens einem Jahre sollen keine Beschwerden desselben Kranken an den Ausschuß weiter gereicht werden. Diese Entscheidung ist jedoch erst nach der dritten abgewiessenen Beschwerde desselben Kranken zulässig.
c) Überweisung des Materials an die zuständige Staatsanwaltschaft zur Prüfung der Frage, ob die Einleitung eines Entmündigungsverfahrens oder die Wiederaufhebung einer Entmündigung in Erwägung zu ziehen sei.
d) Zurückstellung der Entscheidung auf höchstens 3 Monate zur weiteren Klärung der Sachlage.

e) Entlassung oder Beurlaubung des Kranken aus der betr. Heilanstalt oder dem Krankenhause oder Überführung in eine andere Heilanstalt oder in die staatliche Familienpflege.

f) Antrag an die zuständige Behörde auf Einleitung eines Disziplinarverfahrens gegen einen beamteten Arzt oder einen Beamten.

g) Antrag an die zuständige Behörde oder Stelle auf Verwarnung, Kündigung oder sofortige Entlassung eines Angestellten oder einer Pflegeperson.

Stimmt der zuständige Betriebs- oder Angestelltenrat einer derartigen Bestrafung nicht zu, so ist der Schlichtungsausschuß anzurufen, dem der begründete Antrag des Überwachungsausschusses zur Kenntnis zu geben ist. Bei den Verhandlungen vor dem Schlichtungsausschuß wird der Überwachungsausschuß durch seinen Vorsitzenden oder durch das fachärztliche Mitglied vertreten.

h) Überweisung des Materials an die zuständige Staatsanwaltschaft zur Prüfung der Frage, ob ein Strafverfahren einzuleiten sei.

i) Bei Verstößen gegen die Gewerbeordnung durch Privatanstalten: Überweisung des Materials an die zuständige Behörde zur weiteren Prüfung und Veranlassung.

k) Bei Kranken, die sich nicht in einer Heilanstalt oder in staatlicher Familienpflege befinden: Überweisung des Materials an die zuständige Fürsorgebehörde zur weiteren Prüfung und Veranlassung.

l) Überweisung des Materials an den zuständigen Reichsausschuß, gegebenenfalls mit entsprechenden Anträgen.

m) Stellung eines Strafantrages bei der zuständigen Staatsanwaltschaft auf Grund der §§ 88 oder 89 dieses Gesetzes.

Die Entscheidung des Ausschusses kann auf Grund eines oder mehrerer dieser Punkte a) bis m) fallen.

Die Entscheidung ist dem Beschwerdeführer, dessen gesetzlichem Vertreter sowie der Direktion der betr. Heilanstalt, bzw. derjenigen Dienststelle oder Person, gegen die sich die Beschwerde richtete, zuzustellen.

§ 76. Gegen Entscheidungen gemäß § 75 a, b, d, e ist innerhalb 14 Tagen Klage bei dem zuständigen Amtsgerichte zulässig. Berechtigt zur Klage ist außer den Personen gemäß § 72, auch die Direktion der betreffenden Heilanstalt oder des Krankenhauses. Die Klage

ist auf Herbeiführung oder Zurücknahme eines Beschlusses nach § 75 zu richten; sie hat aufschiebende Wirkung.

Die übrigen Bestimmungen der §§ 28 und 29 gelten sinngemäß.

§ 77. Anrufung und Entscheidung des Überwachungsausschusses ist kosten- und gebührenfrei, Zeugengebühren oder sonstige Auslagen trägt die Staatskasse.

§ 78. Der Überwachungsausschuß hat die Pflicht, alle öffentlichen Heilanstalten wenigstens einmal im Jahre, alle privaten Heilanstalten wenigstens zweimal jährlich, – er hat das Recht, alle anderen Krankenhäuser und alle Stellen, an denen sich psychisch Erkrankte in Pflege befinden, nach eigenem Ermessen, — unangemeldet zu besichtigen, gegebenenfalls Beschwerden entgegenzunehmen oder von sich aus Beschlüsse nach § 75 zu fassen.

Die Bestimmungen des § 61 gelten sinngemäß.

§ 79. Der Überwachungsausschuß erstattet wenigstens einmal im Jahre einen Bericht an den zuständigen Reichsausschuß.

VI. Strafbestimmungen.

§ 80. Wenn die gesetzlichen Vertreter, wenn Angehörige oder sonstige Personen, denen die Sorge für einen psychisch Erkrankten obliegt, den Kranken gegen ausdrücklichen Rat des leitenden Arztes aus einer Heilanstalt herausgenommen oder gegen den dringenden Rat eines in Deutschland approbierten Arztes nicht rechtzeitig in eine Heilanstalt verbracht haben, oder wenn nachgewiesen wird oder den Umständen nach angenommen werden muß, daß sie von dem Ernste der Erkrankung Kenntnis hatten, so werden sie, im Falle der Kranke Selbstmord begeht oder wenn er sich oder einen anderen Menschen tötet oder verletzt und für diese Handlungsweise strafrechtlich nicht verantwortlich gemacht werden kann, wegen fahrlässiger Tötung bzw. fahrlässiger Körperverletzung bestraft.

§ 81. Unter den gleichen Voraussetzungen werden sie, wenn der Kranke sonst irgend eine strafbare Handlung begeht, so bestraft, als ob sie die strafbare Handlung selbst fahrlässig begangen hätten.

§ 82. Nicht nur wenn die oben genannten Personen wußten, daß ein Kranker geschäftsunfähig oder beschränkt geschäftsfähig ist, sondern auch wenn sie dies den Umständen nach annehmen oder vermuten mußten, haften sie für allen Schaden, den der Kranke anderen Personen zufügt, zivilrechtlich nach § 832 BGB.

§ 83. Wer einen Menschen, von dem er weiß oder den Umständen nach annehmen muß, daß er psychisch erkrankt ist, absichtlich

und ohne Notwehr, wenn auch nur leicht verletzt, mißhandelt, oder wenn er ihn durch mangelnde oder unzweckmäßige Pflege oder durch Verhinderung, Unterlassung oder Verzögerung zweckmäßiger Pflege körperlich schädigt, wird wegen Körperverletzung, gegebenenfalls wegen schwerer Körperverletzung bestraft.

§ 84. Wird unter den gleichen Umständen der psychische Zustand wesentlich verschlimmert, so tritt Bestrafung nach § 224 StGB. ein so, als ob die dort genannte strafbare Handlung fahrlässig begangen worden wäre.

§ 85. Im übrigen gilt bei jeder strafbaren Handlung die Tatsache, daß sie unter den Voraussetzungen des § 83 begangen wurde, als strafverschärfender Umstand.

§ 86. Wer als Beamter oder Angestellter einer Heilanstalt oder eines Krankenhauses oder überhaupt als Pflegeperson eine Handlung gemäß §§ 83—85 begeht, wird besonders hart, u. U. mit der höchsten zulässigen Strafe bestraft.

§ 87. Wer unter den Voraussetzungen des § 83 dieses Gesetzes einem psychisch Erkrankten einen vermögensrechtlichen Schaden zufügt, wird, — auch wenn die Handlungsweise so ist, daß an sich strafrechtlich eine Bestrafung oder zivilrechtlich ein Schadenersatz nicht in Frage kommt, — wegen Betrugs bestraft und ist zu Schadenersatz verpflichtet.

§ 88. Wer einem Alkohol-, Morphium-, Kokainsüchtigen oder einem ähnlichen Kranken das von diesem gebrauchte Gift verschafft, verkauft oder anbietet, oder ihn zu neuem Mißbrauch verführt, wird mit Geldstrafe bis .... oder mit Gefängnis bestraft. (Da die betreffende Erkrankung in diesem Falle möglicherweise auch eine „Notlage" ist, kann daneben auch eine Bestrafung wegen Wuchers eintreten.)[1])

§ 89. Wer eine Beschwerde gemäß §§ 59 oder 72 dieses Gesetzes verbietet oder eine solche Beschwerde verhindert oder zu verhindern sucht, oder den Beschwerdeführer nachträglich wegen einer solchen Beschwerde bestraft, zur Rede stellt, oder ihm durch Handlungen oder Worte seine Mißbilligung oder Mißachtung ausdrückt, wird mit Geldstrafe bis zu ...., im Wiederholungsfalle oder in besonders schweren Fällen mit Geldstrafe bis zu .... oder mit Gefängnis bis zu .... bestraft.

---

[1]) s. Anm. S. 219.

§ 90. Wer einen Reichsausschuß oder einen Überwachungsausschuß verhindert oder zu verhindern sucht, eine zu deren Obliegenheiten gehörende Handlung vorzunehmen, oder ihm seine Tätigkeit absichtlich erschwert, wird mit Geldstrafe bis zu .... im Wiederholungsfalle oder in besonders schweren Fällen mit Geldstrafe bis zu .... oder mit Gefängnis bis zu .... bestraft.

§ 91.. Wer über Heilanstalten unwahre oder tendenziös entstellte Nachrichten veröffentlicht oder mündlich verbreitet, oder wer in Form von Erzählungen, Romanen, Theater- oder Kinostücken oder in Rundfunkhörspielen Geschehnisse erdichtet, die geeignet sind, ganz allgemein gegen die Heilanstalten das Gefühl des Grauens, Mißtrauens oder des Geheimmnisvoll-Unheimlichen zu erwecken, wird mit Geldstrafe bis zu .... bestraft.

§ 92. Die Staatsanwaltschaft ist verpflichtet, in allen ihr zur Kenntnis kommenden Fällen der §§ 80—91 dieses Gesetzes auch ohne besonderen Antrag von sich aus einzuschreiten.

[§ 93. Bei einer Änderung des allgemeinen Strafgesetzbuches tritt eine sinngemäße Änderung der entsprechenden Paragraphen dieses Gesetzes ein.]

X. Material.

Wortlaut einiger Verordnungen und Gesetze Deutschlands u. ä.

Es wäre sehr verlockend und war ursprünglich auch geplant, hier als Teil X, wenn auch nicht das gesamte, so doch den wichtigsten Teil desjenigen Materials an Gesetzen und Verordnungen über das Irrenwesen in Deutschland mehr oder weniger ungekürzt zum Abdruck zu bringen, so wie es sich etwa als Ergebnis der Rundfrage der Reichsregierung vom 4. VI. 1918 dargestellt hätte, und wie es Verfasser dieser Zeilen durch persönliche Rundfrage glaubt, ziemlich lückenlos gesammelt zu haben. Doch wäre dies allein schon ein dicker Band geworden, für den wohl kaum ein den Kosten entsprechendes allgemeines Interesse vorausgesetzt hätte werden können. Sollte sich durch die Aufnahme dieses Buches ein Bedürfnis nach diesem ganzen Materiale wider Erwarten doch herausstellen, so könnte das diesmal Unterlassene bei einer etwaigen Neuauflage ja leicht nachgeholt werden.

Vorläufig aber war dies alles aus naheliegenden Gründen nicht möglich. Wir mußten uns darauf beschränken, einige ganz wenige Beispiele hier anzuführen, namentlich solche, die sonst nicht allgemein zugänglich sein dürften; im Übrigen sei auf die betreffenden Literaturangaben im Text und in dem Literaturverzeichnis verwiesen.

Solchen Kollegen, die für den einen oder anderen Punkt ein besonderes Interesse haben, stehen auf persönliche Anfrage selbstverständlich auch weitere Einzelheiten des Materials gerne zur Verfügung.

Als erstes Beispiel bringen wir den berüchtigten Kreuzzeitungsaufruf vom 9. VII. 1892 [1]).

Als Typus der Regelung in Preußen sei ein Auszug aus den Bestimmungen der Provinz Hessen-Nassau (Regierungsbezirk Wies-

[1]) Die Erwiderung hierauf, die Stellungnahme des deutschen Vereins für Psychiatrie, s. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 50, S. 335.

baden), wiedergegeben, die kurz, klar und verständlich das ausdrücken, was in dem Reglement der übrigen Provinzen vielfach wesentlich umständlicher gesagt ist.

Es folgt die Geschäftsanweisung für die Provinzialkommission zur Beaufsichtigung der Provinzialanstalten der Provinz Sachsen, eine Anweisung, die sich ebenfalls durch wohltuende Kürze auszeichnet. Hier liegen die Dinge allerdings, wie in Teil II ausgeführt, in den einzelnen Provinzen recht verschieden, sodaß diese eine Anweisung keineswegs als typisch für alle übrigen gelten kann [1]).

Es folgen weiterhin die für uns in Betracht kommenden Artikel des bayrischen Polizeistrafgesetzbuches und des bayrischen Entwurfes vom Jahre 1914.

Und schließlich sei seines historischen Interesses wegen das Gesetz von Sachsen-Weimar wiedergegeben, das seinerseits auf dem mir nicht zugänglichen ältesten Irrengesetz des Festlandes überhaupt beruht und sich von ihm nicht allzusehr unterscheiden dürfte.

Von der Wiedergabe weiterer Gesetze und Verordnungen mußte leider, wie gesagt, einstweilen Abstand genommen werden.

Aufruf der Kreuzzeitung vom 9. VII. 1892.

Auf keinem Gebiet unseres Rechtslebens ist dem Irrtum, der Willkür und der Absicht ein solcher Spielraum gewährt, als auf dem der Irrsinnserklärung. Eine Anzahl Fälle sind in den letzten Jahren ans Tageslicht gekommen, in welchen Leute, die nach der Auffassung weiter Kreise durchaus bei Verstand waren, für geisteskrank erklärt oder gar ins Irrenhaus gesperrt worden sind, z. B. Fürst Sulkowski, Herrmann, Dr. Struwe, Ahrens, Dr. Brozeit, Draak, Powitz, de Jonge und andere.

Dem als geisteskrank Angeschuldigten ist die Verteidigung so gut wie unmöglich gemacht, dem im Irrenhaus Begrabenen ist sie vollständig genommen. In unserer durch die wichtigsten Fragen fortwährend bewegten Zeit können diejenigen, welche nach schweren Kämpfen dem offiziellen geistigen Tode entgangen sind, als Kämpfer für das in ihnen geschädigte allgemeine Recht naturgemäß nur wenig oder gar nichts ausrichten. Desto nötiger ist es, daß sich zum Schutze der durch die jetzige Praxis bedrohten staatsbürgerlichen Rechte Männer vereinigen, welche aus den in die Öffentlichkeit gedrungenen Fällen oder aus der über dies Gebiet vorhandenen Literatur [2]) die Überzeugung gewonnen haben, daß hier ein Schutz und eine Änderung der Gesetzgebung dringend erforderlich ist. Die unschätzbaren Güter des Verstandes, der Rechtsfähigkeit und der Freiheit bedürfen eines wirksameren Schutzes als das freie Ermessen des Richters und das Gut-

---

[1]) Vgl. auch die diesbezüglichen Bestimmungen für Schlesien. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 25, S. 151.

[2]) !! — vergl. *Beyer*! (s. S. 7, 8 u. a. m.).



achten der von ihm oder von der Polizeibehörde beauftragten „Sachverständigen“. Einen solchen Schutz können wir nur darin erblicken, daß hierbei nicht juristische und medizinische, sondern lediglich die praktischen Gesichtspunkte, die erwiesene Hilfslosigkeit oder Gefährlichkeit, ausschlaggebend sein dürfen. Es muß die Entscheidung über jede Entmündigung wegen Geisteskrankheit und über jede Internierung in eine Irrenanstalt, bei der es sich nicht um einen plötzlich in gefahrdrohender Weise hervortretenden Ausbruch von Geistesstörung handelt, in die Hand einer Kommission unabhängiger Männer gelegt werden, die das Vertrauen ihrer Mitbürger genießen. In den erwähnten dringenden Notfällen der sofortigen von der Polizei oder den Nächstbeteiligten vorzunehmenden Überführung in ein Irrenhaus wird eine nachträgliche Prüfung stattzufinden haben. Endlich halten wir eine schärfere Kontrolle der Irrenanstalten, insbesondere der privaten, für dringend geboten.

Da gegen eine solche Reform eine starke Strömung vorhanden ist, so müssen wir auf die öffentliche Meinung zu wirken suchen, denn sie ist großenteils noch blind gegen Gefahren, vor denen bei irgendwelchen Kollusionen doch niemand sicher ist. Wir beabsichtigen daher, Bestrebungen in Literatur und der Presse, welche auf eine Reform der Gesetzgebung in der angegebenen Richtung zielen, zu unterstützen, sowie durch Petitionen an die gesetzgebenden Faktoren auf eine solche hinzuwirken. Dazu bitten wir alle, denen eine solche Reform wünschenswert erscheint, um ihre Mithilfe.“ —

Es folgen dann 111 Unterschriften, unter denen Namen von sehr gutem Klange in der damaligen Gelehrtenwelt sind. —

Hessen-Nassau.

Auszug aus den Bestimmungen über die Aufnahme geisteskranker Personen in die Landes-Heil- und Pflege-Anstalten des Bezirksverbandes für den Regierungsbezirk Wiesbaden vom 2. VII. 1915.

§ 1.

Der Antrag auf Aufnahme eines Geisteskranken in eine Anstalt des Bezirksverbandes ist von dem gesetzlichen Vertreter (Vater, Vormund, Pfleger) oder von dem Ehegatten oder einem sonstigen nahen Angehörigen bei der Ortsbehörde des Aufenthaltsortes des Kranken zu stellen.

Dem Antrag ist beizufügen:

1. Ein ärztliches Attest mit Krankheitsgeschichte (Fragebogen Form. II).
2. Der Geburtsschein des Kranken.
3. Eine beglaubigte Verpflichtungserklärung dessen, der die Zahlung der reglementsmäßigen Kosten übernimmt, nebst einer Bescheinigung der zuständigen Ortsbehörde, daß er zur Erfüllung der übernommenen Verpflichtung im Stande ist.

In dem Antrag ist anzugeben, welcher Verpflegungsklasse (s. § 8) der Kranke zugewiesen werden soll.

§ 2.

Die Ortsbehörde hat den Aufnahmeantrag zu prüfen und den Fragebogen Form. III auszufüllen. Sie hat ferner zu bescheinigen, daß der Aufnahme in die Anstalt polizeiliche Bedenken nicht entgegenstehen. — Ist der Antrag nicht von den in § 1 bezeichneten Personen gestellt, so hat die Ortspolizeibehörde deren Genehmigung nachzuholen.

§ 4.

Die Ortsbehörde reicht die Verhandlungen zur weiteren Prüfung an den zuständigen Landrat, oder in den Stadtkreisen Frankfurt a. M. und Wiesbaden an den Polizeipräsidenten ein. Diese haben ebenfalls zu bescheinigen, daß der beantragten Aufnahme polizeiliche Bedenken nicht entgegenstehen. Sie geben sodann die Verhandlungen an die Anstaltsdirektion weiter.

§ 5.

Soll ein Geisteskranker unmittelbar aus einer anderen öffentlichen Irren-Anstalt in eine Anstalt des Bezirksverbandes aufgenommen werden, so bedarf es der in den §§ 2—4 vorgeschriebenen Prüfung durch die Behörde nicht.

§ 6.

Die Anstaltsleitung legt die Verhandlungen mit ihrer Begutachtung und einem bestimmten Antrage dem Landeshauptmann vor, von dem die Aufnahme verfügt oder abgelehnt wird. Gegen die Verfügung des Landeshauptmannes ist die Beschwerde an den Landesausschuß zulässig.

§ 7.

In dringenden Fällen kann die Anstaltsleitung einen Kranken auf Grund eines ärztlichen Attestes über die Geisteskrankheit des Aufzunehmenden und der Zusicherung, daß die übrigen vorgeschriebenen Unterlagen schleunigst nachgebracht werden, auch ohne Genehmigung des Landeshauptmannes vorläufig aufnehmen. Die Genehmigung ist alsbald einzuholen. Bei den in die Anstalt Eichberg aufzunehmenden Kranken ist in solchen Fällen außerdem noch eine Zahlungszusicherung beizubringen. —

§ 8. — —

§ 9.

Durch Pflegepersonal der Anstalten werden Kranke grundsätzlich nicht abgeholt. — Geisteskranke, die an abscheuerregenden äußeren Übeln z. B. Krebs, ausgedehnten syphilitischen Degenerationen usw. leiden, werden in der Anstalt nicht aufgenommen (!), falls nicht die Aufnahme von den Anstaltsärzten als dringend anerkannt wird. Auch kann bei Schwangerschaft die Aufnahme zeitweise abgelehnt werden (!) —

Provinz Sachsen.

Geschäftsanweisung für die Provinzialkommission zur Beaufsichtigung der Provinzial-Anstalten.

1. Die Kommission hat die Aufgabe, sämtliche Provinzialanstalten zu beaufsichtigen, von ihren Einrichtungen Kenntnis zu nehmen, Aus-

künfte von den Anstaltsleitern zu erfordern, Beschwerden entgegenzunehmen und Abstellungen von Mißständen beim Provinzialausschuß oder beim Landeshauptmann anzuregen.

Alljährlich findet für die Landesheilanstalten wenigstens eine Revision der Anstalten statt.

2. Die Kommission tritt auf Einladung ihres Vorsitzenden zusammen. An jeder Zusammenkunft oder Besichtigung ist der Landeshauptmann oder sein Beauftragter teilzunehmen berechtigt; es ist ihm deshalb davon vorher so zeitig Anzeige zu machen, daß die Teilnahme möglich ist. Den Leitern der Provinzialanstalten ist die Besichtigung vorher nicht anzukündigen; jedoch hat die Kommission sich mit ihnen bei jedem Besuche vor Beginn der Besichtigung in Verbindung zu setzen. Einzelne Mitglieder sind zur Ausübung der Aufgaben der Kommission nicht befugt.

3. Die über jede Besichtigung von der Kommission anzufertigende und von allen an der Besichtigung teilnehmenden Kommissionsmitgliedern zu unterzeichnende Niederschrift ist dem Landeshauptmann einzusenden, der sie dem Provinzialausschuß zur Kenntnis bringt.

Merseburg, den 15. April 1921.
Der Provinzialausschuß.
gez. *Beims.*

Bayerisches Polizeistrafgesetzbuch.

Art. 80.

I. Wer mit Gefahr für Personen oder Eigentum oder für die öffentliche Sicherheit Blödsinnige oder Geisteskranke, deren Aufsicht ihm obliegt, frei auf Straßen oder an öffentlichen Orten herumgehen läßt, wird an Geld bis zu fünfundvierzig Mark bestraft.

II. Hat eine solche Person einen Angriff gegen Personen oder fremdes Eigentum verübt oder die öffentliche Sittlichkeit verletzt, und ist wegen Unzurechnungsfähigkeit des Beschuldigten entweder ein Strafverfahren gar nicht eingeleitet worden oder ein das Strafverfahren einstellendes Erkenntnis erfolgt, oder ist die Gemeingefährlichkeit einer solchen Person in sonstiger Weise festgestellt, so ist die Polizeibehörde berechtigt, auf Grund bezirksärztlichen Gutachtens deren Unterbringung in einer Irrenanstalt oder deren sonstige genügende Verwahrung anzuordnen.

Art. 81.

I. Wer ihm angehörige oder anvertraute Kinder, Kranke, Gebrechliche, Blödsinnige oder andere dergleichen hilflose Personen in bezug auf Schutz, Aufsicht, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlost, wird an Geld bis zu neunzig Mark oder mit Haft bis zu vier Wochen bestraft.

II. Im Strafurteile kann ausgesprochen werden, daß die Polizeibehörde ermächtigt sei, in anderer Weise für die Unterbringung der betreffenden Person auf Kosten des Pflichtigen zu sorgen. Die Ermächtigung ist, wenn es sich um eine Maßregel handelt, zu der eine Anordnung des Vormundschaftsgerichts erforderlich ist, von der Erlassung dieser Anordnung abhängig zu machen.



Entwurf eines neuen bayerischen Polizeistrafgesetzbuches vom Jahre 1914.

Art. 80.

An Geld bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft bis zu sechs Wochen wird bestraft, wer bei einem Geistesschwachen oder Geisteskranken, der einer besonderen Aufsicht oder Pflege oder einer ärztlichen Behandlung bedarf, die ihm obliegende Aufsicht oder Fürsorge in einer Weise schuldhaft vernachlässigt, daß hieraus eine Gefahr für die Allgemeinheit oder für das Leben oder die Gesundheit des Geistesschwachen oder Geisteskranken entsteht.

Der gleichen Strafe unterliegt, wer den oberpolizeilichen Vorschriften über die privaten Anstalten für Geistesschwache oder Geisteskranke und über die ärztliche Beaufsichtigung der aus Anstalten entlassenen Geistesschwachen und Geisteskranken zuwiderhandelt.

Ein Geistesschwacher oder Geisteskranker darf ohne seine Zustimmung auf Antrag einer Person, Körperschaft oder Behörde, der die Fürsorge für ihn obliegt, in einer Heil- oder Pflegeanstalt verwahrt werden, wenn und solange eine Anstaltsfürsorge notwendig ist.

Die Verwahrung eines Geistesschwachen oder Geisteskranken kann von der Polizeibehörde verfügt werden, wenn und solange er einer Anstaltsfürsorge zum Schutze seiner Person oder zum Schutze der Allgemeinheit bedarf.

Über die Zulässigkeit der Verwahrung entscheidet auf Antrag das Amtsgericht, in dessen Bezirke sich der Geisteschwache oder Geisteskranke aufhält; den Antrag kann der Geistesschwache oder Geisteskranke selbst sowie jeder stellen, der ein berechtigtes Interesse hieran hat. Das Amtsgericht hat den Geistesschwachen oder Geisteskranken persönlich zu vernehmen. Die Vernehmung darf nur unterbleiben, wenn sie mit besonderen Schwierigkeiten verbunden oder nicht ohne Nachteil für die Gesundheit des Geistesschwachen oder Geisteskranken ausführbar ist, oder wenn sie schon in einem früheren Verfahren stattgefunden hat und seitdem nicht mehr als sechs Monate verflossen sind. Die gerichtliche Entscheidung wird dem Antragsteller, demjenigen, welcher die Verwahrung veranlaßt hat, sowie dem etwaigen gesetzlichen Vertreter des Geisteskranken oder Geistesschwachen zugestellt. Gegen eine Entscheidung, welche die Verwahrung für unzulässig erklärt, findet die sofortige Beschwerde statt; sie steht nur dem gesetzlichen Vertreter des Geisteskranken und Geistesschwachen, sowie demjenigen zu, der die Verwahrung veranlaßt hat. Gegen eine Entscheidung, welche die Verwahrung für zulässig erklärt, findet die einfache Beschwerde statt. Sie steht dem Geisteskranken und Geistesschwachen selbst sowie jedem zu, der ein berechtigtes Interesse hieran hat. Das gerichtliche Verfahren bestimmt sich im übrigen nach den Vorschriften für Vormundschaftssachen; die weitere Beschwerde kann jedoch formlos eingelegt werden. Die Zuständigkeit und das Verfahren der Verwaltungsbehörden werden vom Staatsministerium des Innern geregelt.

Art. 81.

An Geld bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft bis zu sechs Wochen wird bestraft, wer bei Kindern, Kranken, Gebrechlichen oder anderen hilflosen Personen, die einer besonderen Aufsicht oder Pflege oder einer ärztlichen Behandlung bedürfen, die ihm obliegende Aufsicht oder Fürsorge in einer Weise schuldhaft vernachlässigt, daß hieraus eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit dieser Personen entsteht.

Art. 81 a.

Im Urteil auf Bestrafung nach Art. 80 Abs. 1 oder Art. 81 kann ausgesprochen werden, daß die Polizeibehörde ermächtigt ist, in anderer Weise für die Unterbringung der vernachlässigten Person auf Kosten des Pflichtigen zu sorgen. Wenn es sich um eine Maßregel handelt, zu der eine Anordnung des Vormundschaftsgerichts erforderlich ist, muß die Ermächtigung von der Erlassung dieser Anordnung abhängig gemacht werden.

Das Gesetz von Sachsen-Weimar.

Gesetz über die Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Jena vom 29. Mai 1847.

Da das Gesetz vom 23. Februar 1821, die Irrenanstalt zu Jena und die Verpflegung der Irren überhaupt betreffend, in vielen Beziehungen den jetzigen Verhältnissen nicht mehr entspricht, so haben wir die Erlassung eines neuen Gesetzes für angemessen erachtet und verordnen daher, nach vorgenommenem Beirate und erlangter Zustimmung des getreuen Landtages, folgendes:

§ 1. In der Irrenheil- und Pflegeanstalt, welche in Berücksichtigung des im Eingange des Gesetzes vom 23. Februar 1821 ausgesprochenen Zweckes auch künftig ihren Sitz in Jena haben soll, finden Geistes- und Gemütskranke aller Art, welche dem Großherzogtum angehören, Aufnahme, wenn sie

a) entweder Heilung hoffen lassen, oder wenn
b) deren Unterbringung zur Sicherheit des Kranken oder im öffentlichen Interesse notwendig erscheint.

§ 2. Ist eine der unter a und b angegebenen Voraussetzungen vorhanden, so haben sowohl die Verwandten, als der Vormund des Kranken, und subsidiarisch auch die Vertreter des Heimatbezirks, das Recht, die Aufnahme desselben zu verlangen.

§ 3. Zwangsweise und gegen den Willen der in § 2 bezeichneten Berechtigten darf die Einlieferung nur in dem in § 1 unter b erwähnten Falle, oder wenn die Heilung in der Heimat entweder gar nicht oder in ganz unangemessener Weise versucht wird, stattfinden.

§ 4. Ausländer[1]) dürfen in die Irrenanstalt nur dann aufgenommen werden, wenn dieses der Raum gestattet und vollständige Vergütung des Aufwandes *gewährt* wird. Tritt nach ihrer Aufnahme eine Überfüllung ein, so ist dafür zu sorgen, daß sie möglichst bald aus der Anstalt wieder entfernt werden.

---

[1]) D. h. Nicht-Weimaraner.

§ 5. Ohne ausdrückliche Genehmigung Unseres Staats-Ministeriums, Departement des Innern, darf Niemand in die Irren-Anstalt aufgenommen werden.

Nur in besonderen dringenden Fällen darf eine provisorische Aufnahme von dem Direktor der Anstalt verfügt werden; derselbe hat jedoch davon bei Unserem Staatsministerium sofort Anzeige zu machen, und dessen nachträgliche Genehmigung einzuholen.

§ 6. Die Kosten des Aufwandes für inländische Pfleglinge werden nach Maßgabe des Heimatgesetzes vom 23. Februar 1830 und nach festgesetzten Tarifen für die verschiedenen Klassen der Pfleglinge beigebracht.

Es bleibt in den Fällen, in denen die Beibringung der Kosten nicht möglich ist, ohne die Substanz des Vermögens des Kranken anzugreifen, dem Ermessen Unseres Staatsministeriums überlassen, diese zu erhalten, wenn dieses der Direktor der Anstalt aus Rücksichten auf den Heilzweck oder die Erhaltung der Gesundheit für wünschenswert ansieht und deshalb gutachtlich berichtet.

In solchem Falle wird der fehlende Beitrag bis zur Höhe des Betrages des Vermögens, welches der Kranke besitzt, ganz aus der Staatskasse bezahlt, und etwa vorhandene alimentationspflichtige Verwandte treten erst dann ein, wenn und insoweit der Aufwand diesen Betrag übersteigt. Der Staatskasse verbleibt der Anspruch auf Ersatz des bestrittenen Aufwandes an das Vermögen des Pfleglings. Die Verwendung des Arbeitsverdienstes der Pfleglinge bleibt dem Ermessen der betreffenden Verwaltungsbehörden überlassen.

§ 7. Die Entlassung geheilter Pfleglinge wird von dem Direktor selbständig verfügt, die Entlassung Ungeheilter darf nur mit Genehmigung Unseres Staatsministeriums erfolgen.

Dagegen darf der Direktor, wenn er dieses für den Heilzweck förderlich und sonst unbedenklich erachtet, auch ungeheilte und genesende Kranke aus der Anstalt beurlauben; er hat jedoch mindestens acht Tage zuvor den Direktor des betreffenden Verwaltungsbezirkes und dem betreffenden Gemeindevorstande davon Anzeige zu machen, und es darf eine Beurlaubung nicht über 2 Jahre dauern.

§ 8. Das Gesetz vom 23. Februar 1821 ist aufgehoben.

Urkundlich haben Wir dieses Gesetz höchsteigenhändig vollzogen und mit Unserem Großherzoglichem Staatssiegel bedrucken lassen.

So geschehen und gegeben Weimar am 29. Mai 1847.

Carl Friedrich.

Ausführungsverordnung zum Gesetze vom 29. Mai 1847.

Zur Ausführung des Gesetzes vom 29. Mai d. Js., die Irrenheil- und Pflegeanstalt zu Jena betreffend, machen sich verschiedene Vorschriften nötig, welche Wir in Folgendem mitteilen:

§ 1. Alle amtlichen Verhandlungen zur Ausführung des Gesetzes vom 29. Mai 1847 gehören, insoweit sie durch dasselbe oder durch gegenwärtige Verordnung nicht anderen Behörden oder Personen ausdrücklich zugewiesen worden sind, zunächst zur Kompetenz der Gemeindevorstände.

§ 2. Die von dem Großherzoglichen Staatsministerium, Departement des Innern, zu erteilende Genehmigung zur Aufnahme eines Geisteskranken in die Anstalt, ist stets bedingt durch die vorausgehende Begutachtung des Falles durch einen Geistlichen und einen Arzt. Von diesen hat jeder sein Gutachten besonders und mit genauer Beachtung der diesfalls von dem Großherzoglichen Staatsministeriums gegebenen oder noch zu gebenden Vorschriften schriftlich abzufassen. Bei jedem Gemeindevorstande befindet sich schon jetzt ein Exemplar gedruckter Fragen, welche von dem Arzte vorkommenden Falles notwendig beantwortet werden müssen, und zu diesem Behufe daselbst von ihm einzusehen sind.

Hat der Kranke einen Beichtvater und einen Arzt, so sind zunächst diese zur Abgabe eines Gutachtens verpflichtet. Außerdem hat aber der Gemeindevorstand denjenigen Geistlichen oder Arzt dazu aufzufordern, von welchem er über den fraglichen Krankheitszustand und dessen Entwickelung die zuverlässigste Auskunft erwarten darf.

§ 3. Die bei der Einlieferung eines Geisteskranken in die Anstalt beteiligten Behörden, Geistlichen und Ärzte haben ihren diesfallsigen Obliegenheiten stets mit möglichster Beschleunigung nachzukommen und auch sonst besonders durch Hinweisung auf die davon sehr abhängige leichtere und schnellere Heilbarkeit eifrig dahin zu wirken, daß nicht der Hauptzweck der Aufnahme, — Wiederherstellung des Kranken, — durch Verzögerung der Einlieferung erschwert oder gar vereitelt werde.

§ 4. Der aus der Anstalt beurlaubte Geisteskranke ist sofort unter spezielle ärztliche Aufsicht zu stellen. Ohne Not ist hierbei hinsichtlich der Person des Arztes die freie Wahl der Angehörigen des Kranken nicht zu beschränken. Arme Beurlaubte, deren Behandlung nicht ein anderer Arzt aus Menschenliebe übernimmt, sind dem Bezirksphysikus zuzuweisen. Letzterer hat übrigens in allen Fällen seine Aufmerksamkeit darauf zu richten, daß nicht durch beurlaubte Geisteskranke die Gesundheit Dritter beeinträchtigt werde. Erhebliche Wahrnehmungen deshalb hat er dem Gemeindevorstande anzuzeigen.

§ 5. Die von dem Direktor der Anstalt bei Beurlaubung Geisteskranker oder deren Entlassungen erteilten Vorschriften über die fernere Behandlung sind zunächst von den dabei zugezogenen Ärzten und von den Angehörigen des Kranken möglichst genau zu beachten.

§ 6. Auf Erfordern des zuständigen Gemeindevorstandes hat der Arzt eines Beurlaubten jederzeit über den Zustand desselben genaue Auskunft, auch schriftliche, zu gewähren.

§ 7. Die Wiedereinlieferung Beurlaubter vor Ablauf der Urlaubszeit darf der Gemeindevorstand nur auf gehörig begründeten ärztlichen Antrag verfügen. Haftet auf dem Verzuge keine Gefahr, so ist über den Antrag unter Mitteilung der Akten vorerst der Direktor der Anstalt zu hören. Dieser wird übrigens dem betreffenden Gemeindevorstand die Fälle, in welchen er die Wiedereinlieferung der Beurlaubten vor Ablauf der Urlaubszeit wünscht, immer im Voraus möglichst bestimmt bezeichnen.

§ 8. Hegt der betreffende Gemeindevorstand in irgend einem Falle Bedenken, dem Begehren des Direktoriums der Anstalt zu entsprechen, so ist die Entscheidung des Direktors des betreffenden Verwaltungsbezirkes einzuholen und danach zu verfahren.

§ 9. Die Kosten des Transportes eines Geisteskranken in die Anstalt oder aus derselben sind, sofern sie nicht aus Privatmitteln bestritten werden müssen, aus der betroffenen Heimatsbezirkskasse zu bezahlen, vorbehaltlich der Bestimmung im § 51 des Heimatges. vom 23. Februar 1850.

Beides (Gesetz und Verordnung) wurden durch ein Nachtragsgesetz vom 11. Januar 1854 auf das Landeshospital zu Blankenhayn ausgedehnt.

XI. Literaturübersicht.

Eine erschöpfende Zusammenstellung ist nicht beabsichtigt, die gesamte juristische Literatur insbesondere und die ausländische konnte nicht mit berücksichtigt werden.

Bezüglich der früheren Zeit sei auch auf das ausführliche Literaturverzeichnis von *Schultze* (s. d.) verwiesen, ferner auf *Schwabe* und *Hirschfeld*, (hier namentlich Ausland).

Abkürzungen.

A. Ps. = Archiv für Psychiatrie.
A. Z. = Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.
Groß A. K. = Groß, Archiv für Kriminalanthropologie.
Jahrb. = Jahrbücher für Psych. und Neurol.
M. Ps. N. = Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.
M. K. St. = Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform.
M. m. W. = Münchner medizinische Wochenschrift.
Ps. W. = Psychiatrisch-neurolog. Wochenschrift (bei Bd. I und II. „Psychiatrische Wochenschrift").
Zeitschr. = Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.
Zentralbl. = Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

Alt, Das heutige Gheel. Ps. W., Bd. 1, S. 10.
Anfosso, s. Mongeri.
Anne, *St.*, Bericht aus der dortigen Irrenanstalt. Ps. W. Bd. 11, S. 308.
Antonini, L'assistance des aliénés et les asiles d'aliénés en Italie. Ps. W., Bd. 8, 1906, S. 211.
Antwerpener Kongreß für Irrenfürsorge. Bericht. Ps. W., Bd. 4, S. 277 ff.
Aschaffenburg, Wortlaut des italienischen Irrengesetzes. M. K. St. Bd. 3, S. 239.
—, Zum Irrenfürsorgegesetz. Ps. W., Bd. 28, S. 213.
Azemar, Les garanties de la liberté individuelle dans la loi de 1838 et dans la nouvelle loi adoptée par la chambre des Députés. Archives de Neurologie. 1907, S. 326.

Baumann u. Rein, Zur bevorstehenden preußischen Irrengesetzgebung. Ps. W. Bd. 27, S. 11.
Becker, Der Andere. Ps. W. Bd. 14. S. 541.
Belgien, s. *Alt*, *Bresler*, *Bulletin*, *G.*, *Laehr*, *Lentz*, *Lomer*, *Marie*, *Méeus*, *Pandy*, *Reuß*, *Werner*, *Weygandt*, *Wyler*.

Belmondo, Der Entwurf eines Irrengesetzes in Italien. Ps. W. Bd. 2, S. 17.
Berger, Zur Familienverpflegung der Irren in Holland. Ps. W. Bd. 4, S. 545.
Bericht des Vereins der deutschen Irrenärzte. I. F. Lehmann, München 1893.
Berze, Dubief und die französischen Anstaltsärzte. Ps. W. Bd. 11, 1909, S. 245.
—, Die neue Entmündigungsordung und die Irrenanstalten. Ebenda Bd. 19, S. 305.
—, Die Entmündigungsordnung und die Irrenanstalten. Jahrb. Bd. 39, S. 47.
Beyer, Alfred, Die Irrengesetzgebung, Volkswohlfahrt. Bd. 4, S. 103 und Bd. 5, S. 394.
—, Irrengesetzgebung. Ps. W. Bd. 26, S. 3.
—, Zu dem Artikel „drohende Rückschritte im Irrenwesen Deutschlands". Ps. W. Bd. 26, S. 151.
—, Bemerkungen zu den von dem Verfasser dieses Artikels gemachten Vorschlägen zu einem Fürsorgegesetz für Geistes- und Gemütskranke. Ps. W. Bd. 27, S. 59.
Beyer, Bernhard, Zur Irrengesetzgebung in Bayern. Ps. W. Bd. 11, S. 61.
—, Antipsychiatrische Skizze. Ebenda, S. 275.
—, Die Bestrebungen zur Reform des Irrenwesens. Material zu einem Reichsirrengesetz. Für Laien und Ärzte. C. Marhold, Halle 1912.
Bischoff, E., Die wirtschaftliche Lage der Assistenzärzte an den Irrenanstalten der Stadt Berlin. Ps. W. Bd. 11, S. 29.
Bischoff, *E.* u. *Handl*, Die österreichische Entmündigungsordnung. Psychiatrische Bemerkungen. M. K. St. Bd. 12, 1921/22, S. 7.
Bonfiglio, Die neue Provinzialirrenanstalt San Onofrio in Campagna bei Rom. A. Z. Bd. 80, S. 137.
Bourdin, La révision de la loi du 30. Juni 1838. Archives de Neurologie. 1907, S. 97.
Bourneville, Révision de la loi de 30. Juni 1838 sur les aliénés. Unité de direction des asiles. Médicins-directeurs. Arch. du Neurologie. 1907, S. 389.
Bresler, Sammelatlas über den Bau von Irrenanstalten. C. Marhold, Halle 1910.
—, Deutsche Heilanstalten in Wort und Bild. C. Marhold, Halle 1912 und 1914.
—, Gegenwärtiger Stand des Irrenwesens. Zusammenfassender Bericht, erstattet dem III. internationalen Kongreß für Irrenpflege in Wien 7. X. 1908. Ps. W. Bd. 10, S. 253.
—, Referat über Elmer, „Geld und Irrenhaus". Ps. W. Bd. 15, S. 571.
—, Gegenwärtiger Stand der Familienpflege. Ebenda Bd. 23, S. 31 u. 121.
—, Gutachtliche Äußerung zum Irrenschutz-Gesetzentwurf. Ebenda B. 25, S. 195.
—, Bemerkungen zu den Vorschlägen zu einem Fürsorgegesetz für Geistes- und Gemütskranke von Dr. *Beyer*, Oberregierungsrat im Ministerium für Volkswohlfahrt. Ebenda Bd. 26, S. 173.
Bühne und Irrenanstalt. Ps. W. Bd. I., S. 359.

Bulletin de la société de Médicin Mentale de Belgique Nr. 149, 1910 und Nr. 151. 1910. Brüssel. H. Larmertin.

Cabello, Irrengesetzgebung (Argentinien). Zentralbl. Bd. 42, S. 234.
Chile, Santiago de. — Anstaltsbericht. Ps. W. Bd. 4, S. 142.
Chyzer, Die Fortschritte der Irrenpflege in Ungarn. Ps. W. 1909, S. 197, Bd. 11.

Dänemark: *S. Haff*, *Dedichen*, *Geil*, *Laehr*, *Lomer*, *Pandy*, *Reuß*, *Wyler*.
Dalmas u. *Vinchon*, Familienpflege in Frankreich. Ref. Zentrbl. 26., S. 302.
Dedichen, Die Heil- und Pflegeanstalten für psychisch Kranke in den skandinavischen Ländern im Jahre 1900. Berlin 1901. G. Reimer. Ref. A. Z. Bd. 58, S. 520.
—, Kulturhistorisches aus Norwegen. A. Z. Bd. 84, 1926, S. 94.
Deventer, van, Die soziale Stellung des Anstaltsarztes. A. Z. Bd. 71, S. 945.
Deutscher Verein für Psychiatrie: Bericht des Vereins der deutschen Irrenärzte. Lehmann, München 1893. und A. Z. Bd. 50, S. 335 ff. Ebenda Bd. 52, S. 818 ff. u. a. m.
Dietz, Ein Besuch in einer französischen Kreisirrenanstalt. Ps W. Bd. 9, S. 150.
Dubbers, Über das neue Irrenschutzgesetz. A. Ps. Bd. 70, S. 648.
Dutoit, Das Irrenwesen in Frankreich. M. Ps. N. Bd. 25, S. 182.

Eisath, Die Anstaltsärzte und die Vorlage für ein Entmündigungs- und Fürsorgegesetz in Österreich. Ps. W. Bd. 11, S. 418.
—, Ergebnis aus dem Vergleiche ausländischer Irrengesetze. Ps. W. Bd. 13, S. 397.
Elmer, s. *Bresler* und Ps. W. Bd, 15. S. 621.
Enge, Zum 25 jährigen Amtsjubiläum von Herrn Direktor Dr. *Wattenberg*, Heilanstalt Strecknitz-Lübeck. Ps. W. Bd. 20, S. 153.
Engelken, Psychiatrisches aus England und Schottland. Deutsch. Ver. f. Psych. April 1905. Dresden. Ref. Ps. W. Bd. 7, S. 104.
England: s. *Bresler*, *Engelken*, *Fehlinger*, *Hockauf*, *Jacobsen*, Journal of mental Science, *Kornfeld*, *Laehr*, *Mapother*, *Meyer*, *Pandy*, *Robertson*, *Reuß*, *Sauermann*, *Schwabe*, *Tuke*, *Werner*, *Weygandt*, *Wyler*, ferner *Hirschfeld*.
Entmündigungsordnung: *österreichische*, Ps. W. Bd. 12, S. 235. Bd. 19, S. 234, Wortlaut Ps. W. Bd. 18, S. 200, 217, 247, 261 s. auch Österreich.
Epstein, Die Entwicklung der Psychiatrie und des Irrenwesens in Ungarn. Ps. W. Bd. 11, S. 202.
Erp Taalmann Kip, van, Das holländische Irrenwesen. Ps. W. Bd. 1, S. 69 und 226.
Eskuchen, Entgegnung auf die Arbeit von *W. Mayer*: „Bemerkungen“. Zeitschr. Bd. 46, S. 155.

Falkenberg, Anstaltsbehandlung von Alkoholisten und Irrenfürsorgegesetz. Ps. W. Bd. 28, S. 63.
Faltlhauser, Bericht über die Irrenfürsorge in Erlangen. Ps. W. Bd. 24, S. 110.

Faltlhauser, Der externe Dienst. Ebenda Bd. 27, S. 153, 169, 175, 201.
Fehlinger, Das englische Gesetz über die Internierung geistig minderwertiger Personen. Groß. A. K. Bd. 66, 1916, S. 333.
Fischer, Das badische Irrenfürsorgegesetz in der Bewährung. M. K. St. Bd. 14, S. 231.
—, Irrengesetzgebung. Ps. W. Bd. 27, S. 1. u. 429.
—, Die Fürsorge im Großherzogtum Baden. Ebenda Bd. 12, S. 298.
—, Neue Aufgaben der Psychiatrie in Baden. A. Z. Bd. 69, S. 34.
Förster, Psychiatrische Streifzüge durch Paris. M. m. W. 1905, 21. Ref. Ps. W. Bd. 8, S. 20.
Försterling, Zum neuen Irrenschutzgesetzentwurf. Ps. W. Bd. 25, S. 183.
Frankreich: siehe *Anne*, *St.*, *Azemar*, *Berze*, *Bourdin*, *Bourneville*, *Dalmas*, *Dietz*, *Dutoit*, *Dubief*, *Förster*, *Gilbert-Ballet*, *Heß*, *Knur*, *Laehr*, *Legrain*, *Londres*, *Marie*, *Pandy*, *Paetz*, *Parant*, *Raviart*, *Raynaut*, *Raynier*, *Reuß*, *Sérieux*, *Toulouse*, *Vinchon*, *Vullien*, *Wahl*, *Wittermann*, *Wyler*.
Friedländer, Bemerkungen zu dem Artikel „Was soll werden?" Ps. W. Bd. 10, S. 44.
—, Die soziale Stellung der Psychiatrie. Ps. W. Bd. 12, S. 258.

G. —, Irrenwesen Belgiens. Ps. W. Bd. 7, S. 130. u. S. 189.
Gahagan, Einweisung und Behandlung von Geisteskranken. Zentrbl. 1926, S. 547.
Galant, Die Grundlagen der neuen Organisation der Irrenpflege in Sowjetrußland. A. Z. Bd. 82, S. 81.
Gallus, Das Personal in Meerenberg. Ps. W. Bd. 3, S. 447.
Geill, Das Irrenwesen Dänemarks. A. Z. Bd. 59, S. 345.
Gerlach, Reichstagsrede am 26. XI. 1912. Ps. W. Bd. 15, S. 9/27.
Gesetzestexte siehe Irrengesetze.
Gilarowski, Über den Zustand der psychiatrischen Krankenhäuser in Rußland. A. Z. Bd. 80, 1924, S. 295.
Gilbert-Ballet, La revision de la loi de 1838 sur les aliénés. Annales médico-psychologiques 1914, S. 149.
Groß-Britannien: siehe England.
Groth, Die gesetzliche Regelung der Irrenfürsorge in Preußen. Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswesen. Bd. 22, S. 394.
Grundzüge zu einem Irrenschutzgesetz. Über die —. Kritischer Bericht, erstattet auf Ersuchen des Wohlfahrtsministers vom geschäftsführenden Vorstande des Reichsverbandes beamteter deutscher Irrenärzte. Ps. W. Bd. 25, S. 191.

Haberda-Hoffmann, siehe *Wagner v. Jauregg*.
Haff, Dänisches Recht. Handwörterb. d. Rechtswissenschaft. Stier-Somlo u. Elster. W. de Gruyter & Co. Berlin-Leipzig 1926.
Handl u. Bischoff, Die österreichische Entmündigungsordnung. M. K. St. Bd. 12, 1921/22, S. 1.
Hartmann, Rechtsschutz der Irren. Deutsche Juristenzeitung Bd. 17, S. 87.
Haymann, Irrenärztliche Bemerkungen zu *Heinrich Manns* neuem Buche. Zeitschr. Bd. 39, S. 225.

Haymann, Offener Brief an Herrn Dr. *Eßkuchen* in München-Schwabing. Ebenda Bd. 46, S. 164.
Hellwig, Der Stand der Irrenpflege in Mähren, ein Notstand. Ps. W. Bd. 5, S. 209.
Herschmann, Psychiatrische Abhandlungen zur Strafrechtsreform. III. u. IV. Jahrb. Bd. 42, 1922.
Heß, Ein Besuch in Pariser Irrenanstalten. Ps. W. Bd. 2, S. 27.
—, Die gesetzliche Schadenersatzpflicht der geschäftsunfähigen heimlichen Geisteskranken. Ps. W. Bd. 8, S. 325.
Hjertström, Das schwedische Irrengesetz. Ps. W. Bd. 2, S. 195.
Hirschfeld, Jahresbericht über die ges. Neurol u. Psych. J. Springer, Berlin. Bd. 5, S. 667, Bd. 6, S. 527, Bd. 7, S. 621, Bd. 8, S. 590.
Hockauf, Eine Studienreise zum Besuche der Irren- und verwandten Anstalten in den Vereinigten Staaten Nordamerikas. Ps. W. Bd. 8, S. 371 ff.
—, Ein Besuch der Epileptikerkolonie Ewell und der Irrenanstalten Lona Grove und Hanwell in London. Ebenda S. 162.
—, Ein Besuch der Familienpflegestationen in Fife, der Anstalten Bangour-Village, des Royal Edinburgh Asylum und der Aufnahmestation in Glasgow in Schottland. Ps. W. Bd. 11, S. 253 ff.
—, Referate über englische und schottische Kommissionsberichte. Ps. W. Bd. 12, S. 73 und S. 138, Bd. 13 ff.
—, Referate über amerikanische Kommissionsberichte z. B. Ps. W. Bd. 12, S. 50 ff., Bd. 13 ff.
Hösel, Über das neue Irrenfürsorgegesetz und die Neuordnung des Irrenwesens im Königreich Sachsen vom Jahre 1912. A. Z. Bd. 69, S. 369.
Holland, siehe *Berger*, *Gallus*, *Erp-Talmann-Kip*, *Hoppe*, *Lier*, *Pandy*, *Reuß*, *Schnitzler*, *Stuurmann*, *Vos*, *Wyler*.
Holub, Offener Brief. Ps. W. Bd. 10, S. 45.
Hoppe, Irrenärztliches aus Holland. Ps. W. Bd. 9, S. 285.
—, Psychiatrisches aus Nordamerika. A. Z. Bd. 64, S. 320.
Hudovernig, Der Entwurf des neuen ungarischen Irrengesetzes. Zeitschr. Bd. IV, S. 494.

Jacobsen, Das englische Irrenwesen. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. Bd. 7, 1894, S. 341 u. 365.
Ilberg, Die der Irrenanstalt angereihte Nervenheilanstalt. A. Z. Bd. 77, S. 305.
Journal of mental science, Juli 1900, zitiert nach Ps. W. I, S. 255.
Irland, siehe England.
Irrengesetz, a) Badisches: Ps. W. Bd. 12, S. 231, 275, 287, 298, 309, 315.
b) Österreichisches: siehe *Entmündigungsordnung*.
c) Sächsisches, Ps. W. Bd. 14, S. 493, Bd. 15, S. 417. Beschluß der sächsischen Direktorenkonferenz dazu: ebenda Bd. 14, S. 493 u. 620; siehe auch *Hösel*.
d) Sachsen-Weimar siehe Reuß. u. S. 241.
Irrengesetze außerdeutscher Länder (Wortlaut): siehe A. Z. Bd. 20, 1863. Supplementheft u. *Reuß*.

Italienisches siehe *Aschaffenburg* u. Zentrbl. Bd. 34, S. 503.
[Belgisches, Französisches, Schwedisches, Genfer siehe *Reuß*. Spanisches siehe *Schmitz*.]
Irrenrechtsreform, die, Zeitschrift des Bundes für Irrenrecht und Irrenfürsorge e. V. (Schutzbund gegen Freiheitsberaubung und ungerechte Entmündigung.) Paul Elmer, Berlin.
Italien, siehe *Anfosso*, *Antonini*, *Belmondo*, *Bonfiglio*, *Bresler*, *Laehr*, *Mongeri*, *Pandy*, *Reggio-Emilia*, *Reuß*, *Tamburini*, *Weygandt*, *Wyler*, s. auch ferner *Hirschfeld*.
Juliusburger, Psychiatrische Tagesfragen. A. Z. 1912, Bd. 69, S. 121.
—, Zur sozialen Bedeutung der Psychiatrie. Medizinische Reform. November 1911.

Kahl siehe *Schultze*.
Knur, Bericht über französische Irrenanstalten. Ps. W. Bd. 5, S. 433.
Kolb, Irrengesetz und offene Fürsorge. Ps. W. Bd. 28, S. 113.
Kornfeld, Englische Gesetzgebung bezüglich der Geistesstörungen. Ps. W. Bd. 1, S. 208.
Kreuser, Das Irrenhaus als Gefahr. Nationalzeitung Nr. 159, 1905.
Kreuzzeitungsaufruf, der, in Wien. Ps. W. Bd. 2, S. 437.
Krömer, Beratungsstellen für Psychopathen und Entlassene und offene Nervenabteilungen. Entlassungsfürsorge. Ps. W. Bd. 24, S. 157.
—, Reichsirrengesetz. Ebenda S. 175.
—, Dezernentenfrage. Ebenda S. 177.
—, Zur Frage der fachärztlichen Vertretung bei den Behörden. Ebenda Bd. 22, S. 311.
Kunowski v., Der Fall Lubecki. Ps. W. Bd. 10, S. 37.
—, Abwehr. Ebenda Bd. 11, 1909, S. 312.

Laehr, Gedenktage der Psychiatrie. Berlin 1889, G. Reimer.
—, Zur Reform des Irrenwesens in Preußen. Deutsche med. Wochenschr. 1893, S. 829, 853, 903, u. 929.
Lemos, Magelhães, Irrenpflege in Portugal. Ps. W. Bd. 11, S. 309.
Legrain, Der Gesetzentwurf Grinda. (Frankreich) ref. Zentrbl. Bd. 30, S. 339.
Lentz, Irrenfürsorge in Belgien. Ps. W. Bd. 6, S. 293.
Leppmann, Irrenärztliche Tagesfragen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 48, 1911, S. 46 u. 47, S. 2053.
Liemann, Die Irrenpflege am Lande vom Standpunkte des Amtsarztes. Ps. W. Bd. 13, S. 419.
Lier, Geisteskrankenfürsorge. Zentrbl. Bd. 25, S. 152.
Lomer, Klerikale Einflüsse im belgischen Irrenwesen, mit einem Ausblick auf deutsche Verhältnisse. Ps. W. Bd. XI, S. 281.
—, Neues vom Klerikalismus im belgischen Irrenwesen. Ebenda Bd. 12, S. 161.
—, Ein antipsychiatrisches Zentralorgan. Ebenda S. 271.
—, Ein Ausflug nach Ebberödgaard. Ps. W. Bd. 11, S. 156.
Londres, Albert, Chez les fous (in Irrenhäusern). Ref. Prager Tageblatt. 12. VI. 1926.

Lubecki, Der Fall, siehe *Kunowski* und *Gerlach*.

Lustig, Zur Irrengesetzgebung. Fortschritte der Med. Bd. 42, S. 103.

Mapother, Die Münchener psychiatrische Klinik und die gegenwärtigen Strömungen für die Gründung ähnlicher Einrichtungen in England. A. Z. Bd. 84, (Kraepelin-Festschr.) S. 321.

Marie, P., Festsitzung der Société médico-psychologique 26. V. 02. Ref. Ps. W. Bd. 5, S. 259.

—, A propos du congrès d'Anvers. Ps. W. Bd. 4, S. 325.

—, Lettre ouverte à Ms. Le Président de la Société de médecine mentale belge. Ps. W. Bd. 12, S. 106.

Marthen, Grundzüge zu einem Schutzgesetz für Geisteskranke. Ps. W. Bd. 25, S. 197.

Matthias, Bemerkungen zu den Vorschlägen des Herrn Oberregierungsrates Dr. *Beyer* zu einem Fürsorgegesetz für Geistes- und Gemütskranke. Ps. W. Bd. 26, S. 187.

Mayer, W., Bemerkungen eines Psychiaters zu dem Angriffe auf die Psychiatrie in der neueren Literatur. Zeitschr. Bd. 44, S. 106.

—, Bemerkungen zu Eßkuchens Entgegnung. Ebenda Bd. 46, S. 160.

Méeus, La loi sur l'assistance des aliénés, son histoire et ses résultats. Gent. A. van der Haeghen. 1907.

—, Gheel, Staatskolonie voor de vrije Gezinsverpleging van Gemoeds en Geesteskranken. I. E. Buschmann, Antwerpen.

Medizinalbeamtenverein, deutscher, Tagung am 14. IX. 03 in Leipzig. Ref. Ps. W. Bd. 5, S. 274.

Mercklin, Psychiatrische Fälschungen auf Lichtbildbühnen. Ps. W. Bd. 14, S. 193.

—, Ref. über Ssokolski (s. d.) ebenda Bd. 5, S. 16.

—, Psychiatrisches aus Rumänien. Ref. über Mileticin. Ps. W. Bd. 7, S. 349.

Meyer, Fürsorge für die Geisteskranken in England und Schottland. A. Ps. Bd. 39, S. 1201.

—, Fürsorge für die Geisteskranken außerhalb der Anstalten. A. Ps. Bd. 66, S. 437.

—, Gerichtlich-psychiatrisches Kuriosum. A. Ps. Bd. 73, S. 358.

Mileticin, siehe *Mercklin*.

Möckel, Sozialärztliche und sozialpsychiatrische Tätigkeit an der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch (Baden). Ps. W. Bd. 23, S. 220.

Moeli, Die Fürsorge für Geisteskranke und geistig Abnorme. C. Marhold, Halle. 1915.

Mongeri und *Anfosso*, Die gesetzliche Irrenpflege in Italien. Ps. W. Bd. 11, 1909. S. 310. (Siehe auch *Bischoff*.)

Mönkemöller, Der Entwurf zu einem preußischen Irrenfürsorgegesetz. Ps. W. Bd. 27, S. 479.

Mörchen, Die Entmündigungssache *Peill-Schillings*. Ps. W. Bd. 14, S. 445 u. 545.

Moreira, Gesetz über Irrenfürsorge in Brasilien. (22. XII. 03.) Ps. W. Bd. 7, S. 307.

Narrentragödie, eine, Leipziger Neueste Nachrichten 22. VI. 1926.
Neißer, Diskussionsbemerkung. Zentrbl. Bd. 25, S. 525.
Norwegen, siehe *Dedichen*, *Laehr*, *Pandy*, *Reuß*, *Vogt*, *Wingard*, *Wyler*; siehe auch Ps. W. Bd. 3, S. 469.

Oesterreich, siehe *Berze*, *Bischoff*, *Eisath*, Entmündigungsordnung, *Haberda-Hoffmann*, *Handl*, *Herschmann*, *Laehr*, *Licmann*, *Pandy*, *Reuß*, *Ruzika*, *Schweighöfer*, *Starlinger*, *Sternberg*, *Wagner v. Jauregg*, *Wyler*. Außerdem siehe Ps. W. Bd. 12, S. 235, Bd. 18, S. 200 ff. und Bd. 19, S. 234.
Olàh, Stacheldrahtschutzgesetz und Irrenwesen. Brief aus Ungarn. Ps. W. Bd. 27, S. 64.
Obarrio, Argentinischer Gesetzentwurf. Ref. Zentrbl. Bd. 40, S. 838.

Paetz, Die Familienpflege in Dun sur Auron. Ps. W. Bd. 2, S. 1 und 19.
Pandy, Die Irrenfürsorge in Europa. Berlin. Georg Reimer, 1908.
—, Das Irrenwesen in Finnland. Ps. W. Bd. 9, S. 365.
—, Das Irrenwesen Ungarns von 1917 bis 1921. Ps. W. Bd. 26, S. 95.
Parant, La loi sur le régime des aliénés devant le Senat. Annales médico-psychologiques. 1914, S. 129.
—, Les moyens d'investigation de l'autorité judiciaire sur l'état et l'internement des aliénés. (IV. Les nouveaux projets de loi sur le régime des aliénés.) Ebenda S. 169.
Peill-Schillings, der Fall. Ps. W. Bd. 14, S. 454/545, Bd. 15, S. 138, 572, 621.
Petrén, Schwedische Irrenpflege. — Ref. Zentrbl. Bd. 40, S. 845.
Pelman und *Zinn*, Zur Reform des Irrenwesens in Preußen. A. Z. Bd. 50, 1894, S. 344 und Bericht des deutschen Vereins f. Psych. München. Lehmann, 1893.
Polizeistrafgesetzbuch, bayrisches, Ps. W. Bd. 16, S. 412. und deutsche Juristenzeitung 1/I. 1915. S. auch S. 239.
Polligkeit, Kommissionsberatungen. M. K. St. Ref. Bd. 14, S. 68.
Portugal, siehe *Laehr*, *Lemos*, *Magelhães*, *Pandy*, *Wyler*.
Prager Landesirrenanstalt, Mißstände. Ps. W. Bd. 9, S. 301. (Kölnische Zeitung 1. XI. 07.) Desgleichen Bd. 8, S. 475.
Presseangriffe siehe u. a. Ps. W. Bd. 3, S. 410, Bd. 4, S. 25, 107, Bd. 13, S. 160, 214, 234, 251 u. a. m., außerdem *B. Beyer*, *Juliusburger*, *Kunowski*, *Lomer*, *Mörchen*, *Peill*, *Rein*, *Rittershaus* usw.
Provinzialkommission Schlesische, Geschäftsordnung. Ps. W. Bd. 25, 1923, S. 151.

Quaet-Faslem, Irrenschutzgesetz. Zentrbl. Bd. 41, S. 862.

Raecke, Die Frankfurter Fürsorgestelle für Gemüts- und Nervenkranke. Ps. W. Bd. 27, S. 484.
Raviart und *Vullien*, Entwicklung der offenen Behandlungsmethoden I. Ref. Zentrbl. 42 S. 234.
Raynaud, Entwicklung der offenen Behandlungsmethoden II. Ref. ebenda S. 236.
Raynier, Irrenwesen. Ref. Zentrbl. Bd. 42, S. 576.

Recktenwald, Zur Ankündigung des preußischen Landesirrengesetzentwurfes. Ps. W. Bd. 27, S. 4.
Rehm, Psychiatrie und Presse. Ps. W. Bd. 11, S. 1 und S. 179.
Reggio-Emilia, Irrenanstalt in —, Ps. W. Bd. 4, S. 542.
Reichsgerichtsentscheidungen: siehe *Voß* und Ps. W. Bd. 12, S. 415 u. a. m.
Reichsverband beamteter deutscher Irrenärzte, Schriftwechsel mit Behörden betr. das Reichsirrengesetz. Ps. W. Bd. 25, S. 62.
—, Mitteilungen. Ebenda Bd. 28, S. 148 u. a. m.
Rein, Psychiatrische Aufklärungsarbeit. Ps. W. Bd. 25, S. 13.
—, Zur Frage der Irrengesetzgebung. Ebenda S. 86.
—, Zur bevorstehenden preußischen Irrengesetzgebung. Ebenda Bd. 27, S. 11.
—, Ärztliche Versorgung und ärztliche Leitung der öffentlichen Irrenanstalten. A. Z. Bd. 84, S. 347.
—, siehe auch *Baumann*.
Reißner, Die Zwangsunterbringung in Irrenanstalten und der Schutz der persönlichen Freiheit. Berlin-Wien. Urban & Schwarzenberg. 1905.
Reuß, Der Rechtsschutz der Geisteskranken. Leipzig 1888.
Rieger, Die Psychiatrie in Würzburg seit 300 Jahren. Würzburg, Stahel, zit. nach *Schultze*.
Rinne, Heinrich Hansjakob als Sachverständiger zum Irrenschutzgesetz. Ps. W. Bd. 28, S. 108.
Rittershaus, Irrsinn und Presse. (G. Fischer, Jena 1913.)
—, Stellungnahme des Landesverbandes der Hansestädte (R. V.) zu dem Entwurf eines Reichsirrengesetzes. Ps. W. Bd. 25, S. 227.
—, Zur Frage der Irrengesetzgebung. Ps. W. Bd. 27, S. 79.
—, Zur Frage der rechtlichen Stellung des Entmündigten. A. Ps. Bd. 73, S. 312.
Rixen, Die gemeingefährlichen Geisteskranken. Zentrbl. Bd. 26, S. 299.
Robertson, Umwandlung der schottischen Anstalten. Ref. Zentrbl. Bd. 32, S. 54.
Roemer, Die sozialen Aufgaben des Irrenarztes in der Gegenwart. Ps. W. Bd. 22, S. 343.
—, Besprechung der Vertreter der Hilfsvereine für Geisteskranke. Ebenda Bd. 24, S. 272.
Runderlaß des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 27. I. 1920 T. M. II. 226 betr. amtsärztliche Besichtigung der preußischen Provinzialkrankenanstalten. Ps. W. Bd. 23, S. 99.
Rusack, Über die reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens. Ebenda Bd. 5, S. 389.
Rußland siehe *Galant*, *Gilarowski*, *Pandy*, *Ssokalski*, *Weygandt*, *Wyler*.
Ruzicka, Die gerichtliche Kontrolle der Aufnahmen in die Irrenanstalten und ihr Verhältnis zum Entmündigungsverfahren. Ps. W. Bd. 14, S. 579.

Sacristán, Die Fürsorge für Geisteskranke in Spanien. A. Z. Bd. 80, 1924, S. 469.
Sánz, Die Reform der spanischen Irrenhäuser. Ref. Zentrbl. Bd. 25, S. 436.
Sauermann, Von einem Besuche in England. Ps. W. Bd. 12, S. 443.

Schäfer, Diskussionsbemerkung. A. Z. Bd. 50, S. 342.
Schillings, siehe *Peill.*
Schlöß, Über das numerische Verhältnis der Ärzte zur Anzahl der Kranken. A. Z. Bd. 71, S. 938.
Schmitz, Das Irrenwesen in Spanien. A. Z. Bd. 41, S. 366.
—, Weitere Mitteilungen über das Irrenwesen in Spanien. Ebenda Bd. 43, S. 211.
Schnitzler, Die Sorge für unsere Geisteskranken. Ref. Zentrbl. Bd. 25, S. 151
Schottland siehe England.
Schultze, E., Das Irrenrecht, in *Aschaffenburg*, Handb. d. Psychiatrie, Franz Deuticke, Leipzig-Wien (dort auch weitere Literatur).
—, Ist der beamtete Arzt verpflichtet, den Versorgungsbehörden Krankengeschichten ohne Zustimmung des Betroffenen auszuhändigen? M. K. St. Bd. 17, S. 447.
—, Schaffung eines neuen Irrengesetzes. A. Z. Bd. 77 S. 367.
—, Über den Entwurf eines preußischen Irrenfürsorgegesetzes. Dtsch. Verein f. Psych. Kassel 1925. Ref. Zentralbl. Bd. 42, S. 328 (auch Diskussion).
—, Vergleichende psychiatrische Kritik neuzeitlicher in- und ausländischer Entwürfe zu einem Strafgesetzbuch. A. Ps. Bd. 68, S. 568.
Schultze und *Kahl*, Schaffung eines neuen Irrengesetzes. Dtsch. Ver. f. Psych. Dresden 1921. Zentrbl. Bd. 25, S. 522. Ebenda auch Diskussion S. 524.
Schwabe, Hill end, eine moderne englische Irrenanstalt. Ps. W. Bd 3, S. 1 (dort auch ältere Literatur).
—, Zur Irrenfürsorgegesetzgebung. Ps. W. Bd. 28, S. 39.
Schweden, s. *Dedichen*, *Hjertström*, *Laehr*, *Pandy*, *Petrén*, *Reuss*, *Wigert*, *Wollenberg*, *Wyler*.
Schweighofer, Der österreichische Gesetzentwurf über Entmündigung und die Befangenheit der Ärzte an den öffentlichen Irrenanstalten. Ps. W. Bd. 13, S. 407.
—, Die Vorlage des österreichischen Entmündigungsgesetzentwurfes. Ps. W. Bd. 14, S. 83.
—, Aufnahme und Entlassung. Ebenda. S. 432.
Sérieux, Die Behandlung der Geisteskranken im 18. Jahrhundert. Zentrbl. Bd. 42, S. 237.
Siemens und *Zinn*, Psychiatrie und Seelsorge. A. Z. Bd. 50, S. 335, und Bericht des deutschen Vereins für Psychiatrie Lehmann, München 1893.
Simon, Zu den Grundzügen zu dem Schutzgesetz für Geisteskranke. Ps. W. Bd. 25, S. 215.
Sommer, Bericht über die III. Konferenz deutscher evangelischer Irren-Seelsorger. Centralbl. f. Nervenheik. u. Psych. Bd. 16, S. 438.
—, Diskussionsbemerkungen. A. Z. Bd. 50, S. 339.
Spanien siehe *Bresler*, *Pandy*, *Reuß*, *Sacristàn*, *Sánz*, *Schmitz*, *Weygandt*, *Wyler*.
Ssokalski, Bericht über die Landesirrenanstalt des Gouvernements Ufa 1901. Ref. *v. Mercklin*. Ps. W. Bd. 5, S. 16.

Starlinger, Die Stellung der Heil- und Pflegeanstalten und ihre Kontrolle. Ps. W. Bd. 13, S. 325.
—, Referat über das neue Entmündigungsgesetz in Österreich. Ps. W. Bd. 18, S. 189.
Sternberg, Entmündigungsordnung. M. Breitenstein. Wien, 1917.
Stützenberger, Grundkauf für eine neue Irrenanstalt in Lichtenstadt bei Karlsbad. Ps. W. Bd. 15, S. 422.
Struve, Reichstagsrede siehe *Gerlach*.
Stuurmann, Schwierigkeiten in der holländischen Irrenpflege. Ps. W. Bd. 25, S. 211.

Tamburini, Ref. über den III. internationalen Kongreß f. Irrenpflege in Wien 1908. Ps. W. Bd. 11, S. 310.
Tille, Was soll werden? Ps. W. Bd. 10, S. 42.
Tschechoslowakei: s. *Hellwig*, *Hrase*, *Narrentragödie*, *Österreich*, *Pandy*, *Prag*, *Stützenberger*.
Tuke, Das Irrenwesen in England. Ps. W. Bd. 1, S. 268.
Toulouse, Die Entwicklung der offenen Behandlungsmethode III. (s. *Raviart* u. *Vullien I.*, *Raynand II.*). Zentrbl. Bd. 42, S. 236.

Ungarn, siehe *Bresler*, *Chyzer*, *Epstein*, *Hudovernig*, *Laehr*, *Oláh*, *Pandy*, *Wyler*.

Verordnung des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 2. IX. 1920. N. II. 1704 (Betr. Fürsorge). Ps. W. Bd. 23, S. 108.
Vierhaus, Justizminister, Entgegnung im preuß. Herrenhause. A. Z. Bd. 52 S. 833.
Vinchon s. *Dalmas*.
Vogt, Ragnar, Psychiatrisches aus Norwegen. (Irrenwesen, Irrenrecht). A. Z. Bd. 84, S. 408.
Voß, Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VIII. Ps. W. Bd. 11, S. 1.
—, Desgleichen. Bd. 12, S. 1.
—, Desgleichen. Bd. 20, S. 194, u. a. m.
Vos, W., Ein und das andere über „offene" Abteilungen. Ref. Zentrbl. Bd. 27, 412.
Vullien s. *Raviart*.

Wagner v. Jauregg, Forensische Psychiatrie, in Lehrb. d. gerichtl. Medizin, Hoffmann-Haberda.
Wahl, Die leichten Geisteskranken und ihre Internierung (Frankreich). Ref. Zentrbl. Bd. 30, S. 340.
Wattenberg, Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten. Ps. W. Bd. 20, S. 223.
Weber, Zur fachärztlichen Vertretung bei den Behörden. Ps. W. Bd. 23, S. 20.
Werner, G., Über die Fortschritte des Irrenwesens. Ps. W. Bd. 13, S. 297.
—, Über das belgische Irrenwesen. Ps. W. Bd. 16, S. 211.
—, Über englisches Irrenwesen. Ebenda S. 330.



Werner (Heppenheim), Die Heil- und Pflegeanstalten als Träger sozialhygienischer Bestrebungen. Ps. W. Bd. 24, S. 199.
Weygandt, Die venezianische Anstalt San Servolo. Ps. W. B. 2 S. 188.
—, Eindrücke von den Kongressen in London und Gent und von den Anstaltsbesichtigungen in Großbritannien und Belgien. Ebenda S. 489.
—, Psychiatrisches aus Spanien. Ebenda Bd. 5, S. 155.
—, Bericht über den internationalen Irrenfürsorgekongreß in Moskau vom 8. bis 13. I. 1914. Ps. W. Bd. 16, S. 8, 20, 33, 50.
Wigert, Hilfsbüro für psychisch Kranke in Stockholm. Ref. Zentrbl. Bd. 27, S. 412.
Wingard, Die Entwicklung der familiären Irrenpflege in Norwegen. P. W. Bd. 13, S. 317.
Wittermann, Pariser Reiseeindrücke. Ps. W. Bd. 14, S. 431.
Wollenberg, Eine schwedische Irrenanstalt. Ps. W. Bd. 15, S. 543.
Wyler, Beiträge zu einem Grundriß des vergleichenden Irrenrechtes. C. Marhold, Halle 1906 (der erste Teil auch Ps. W. Bd. 7, S. 25 ff.).
—, Über die Garantien der Freiheitsrechte bei den in Anstalten befindlichen oder unterzubringenden Geisteskranken. Ebenda. 1907.

Zinn und *Pelman*, Zur Reform des Irrenwesens in Preußen. Ref. im dtsch. Ver. f. Psych. 1894, A. Z. Bd. 50, S. 344.
Zinn und *Siemens*, Psychiatrie und Seelsorge. Ebenda. S. 335.

Nachtrag.

Während des Druckes dieser Zeilen gingen wiederum einige Meldungen von angeblichen widerrechtlichen Internierungen durch die Presse, die Fälle Schwarz (Rheinpfalz), Pabst (Bayreuth) und v. Gunten (Berlin). Keiner dieser Fälle betraf einen psychisch völlig normalen, geistig gesunden Menschen.

Bei *Schwarz* handelte es sich um einen offensichtlich Geisteskranken, der schon einmal im Streite seinen Gegner mit einer Hacke niedergeschlagen hatte, der dann im Jahre 1917 bereits in der Anstalt war, später gebessert entlassen wurde, und der schließlich bei einer erneuten Verschlimmerung seines Leidens in querulierender Weise sein Kind dem Bürgermeister über das hohe Hoftor werfen wollte und es dann hilflos in einem Weinberg aussetzte. Als er gegen seine erneute Internierung sich beschwerte, wurde er nach nochmaliger amtsärztlicher Untersuchung in ordnungsgemäßer Weise durch Beschluß des Bezirksamtes für gemeingefährlich erklärt. Er entwich später, hielt sich verborgen und querulierte weiter; das Attest eines praktischen Arztes, der ihn ohne Fachkenntnis und ohne Berücksichtigung der Akten in naiver Weise für gesund erklärte, beweist selbstverständlich nicht das Geringste. Bei dem weiteren Verlauf der Angelegenheit kamen dem Kranken — leider sehr mit Unrecht — die Einzelheiten des nächsten Falles wohl etwas zugute. —

Auch bei *Pabst* handelte es sich um einen erregbaren, zum Querulieren neigenden Hypomanicus; diesmal aber ist ein gewisses Verschulden — nicht der Ärzte, wohl aber der Verwaltungsbehörden — nicht von der Hand zu weisen, wie offen zugestanden sei. Der Bürgermeister seines kleinen, abgelegenen Wohnortes, in dem er als Ortsfremder zugezogen war, die gesamte Bevölkerung sowie die lokale Forstbehörde haben ihn nachgewiesenermaßen jahrelang derartig schikaniert, daß der nervöse Mann schließlich in Erregung geriet und — dazu noch in ganz ungehöriger Weise — als gemeingefährlich zur Anstalt verbracht wurde. Aber gerade die Ärzte erkannten in kürzester Zeit, daß Gemeingefährlichkeit und Anstaltspflegebedürftigkeit bald nicht mehr vor-

lagen. Doch das Bezirksamt blieb hartnäckig. Erst auf Grund eines Obergutachtens der psychiatrischen Klinik in Erlangen, das nichts beschönigte, wurde seine Entlassung genehmigt.

Grade in diesem Falle haben die Laieninstanzen, die eine widerrechtliche Internierung verhindern sollten, versagt, — der „gesunde Menschenverstand", die Verwaltungsbehörde und sogar der Bezirksarzt ließen sich durch die tendenziös gefärbten Berichte täuschen — und erst die Fachärzte haben die wirkliche Sachlage erkannt. Wenn also ein Fall klar beweist, wie unzweckmäßig die jetzigen voreingenommenen Bestimmungen sind, und wie nötig es ist, die Entscheidung allein in die Hände der wirklich Sachverständigen zu legen —, so ist es dieser Fall. —

In dem Falle v. *Gunten* in Berlin handelte es sich, — soweit die Sachlage sich bis jetzt überblicken läßt, — um einen groben Kunstfehler eines praktischen Arztes, der zufällig einen Assistenzarzt der betr. Privatanstalt vertrat, und der sich ebenfalls täuschen ließ. In ganz unzulässiger Weise hat er den angeblich schwer Geisteskranken durch einen fingierten Brief — (Urkundenfälschung?) — in die Anstalt gelockt, nach anscheinend nur oberflächlicher Untersuchung zurückgehalten und die begreifliche Erregung des, wie gesagt, psychisch wahrscheinlich keineswegs intakten Mannes als hinreichende Begründung zu einem Dringlichkeitsattest angesehen. — Der Vorfall wird sicherlich noch weitere Folgen für den betr. Arzt haben. —

Am nächsten Vormittag stellte dann der Anstaltsleiter fest, daß eine Dringlichkeit und überhaupt die Notwendigkeit einer sofortigen Anstaltsaufnahme nicht unbedingt vorhanden waren, und er entließ den Kranken sofort, der mit Worten des Dankes für die gute Behandlung schied. —

Über die nachträgliche Untersuchung durch den sicherlich nicht sachverständigen Arzt der Schweizer Gesandtschaft, der völlige geistige Gesundheit festgestellt haben soll, gilt sinngemäß das gleiche, was oben über die entsprechende Unvorsichtigkeit eines praktischen Arztes im Falle Schwarz gesagt wurde. — Wahrscheinlich wird ja noch eine gerichtliche Klärung erfolgen, was sehr wünschenswert wäre.

Jedenfalls aber haben sich hier die vorhandenen Sicherungseinrichtungen durchaus bewährt: schon die II. Instanz, der fachärztliche Leiter der Anstalt, entließ den Kranken wieder nach kaum 12 stündiger Internierung, die III. Instanz, der Kreisarzt (vergl. S. 41) brauchte überhaupt nicht in Tätigkeit zu treten.

XII. Namenverzeichnis.

Druck von
Walter de Gruyter & Co., Berlin

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Wiesloch, KLEIST-Frankfurt a. M., LAEHR-Wernigerode, MERCKLIN-Treptow a. R.

DURCH

GEORG ILBERG
SONNENSTEIN BEI PIRNA A. E.

ERGÄNZUNGSHEFT ZUM 86. BAND

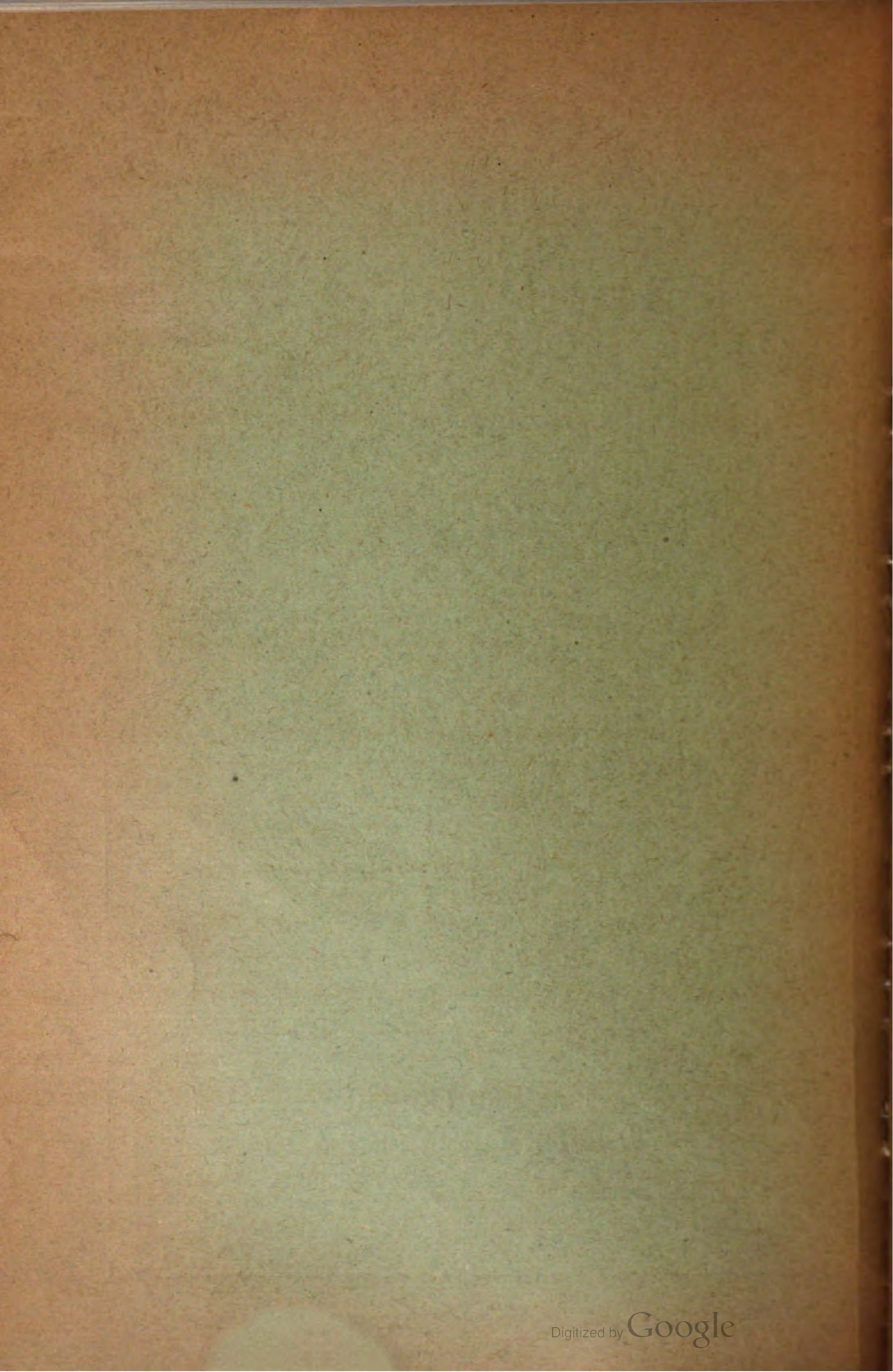
DIE IRRENGESETZGEBUNG IN DEUTSCHLAND NEBST EINER VERGLEICHENDEN DARSTELLUNG DES IRRENWESENS IN EUROPA

(FÜR ÄRZTE, JURISTEN UND GEBILDETE LAIEN)

VON E. RITTERSHAUS

AUSGEGEBEN AM 5. AUGUST 1927

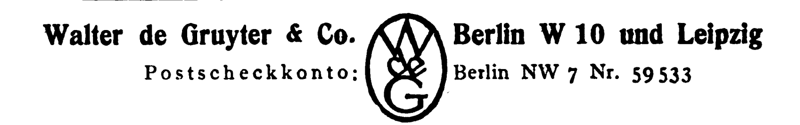
BERLIN UND LEIPZIG
WALTER DE GRUYTER & CO.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.
1927



A. Marcus & E. Weber's Verlag — Berlin W 10 und Köln a. Rhein

Das Eherecht der Geisteskranken und Nervösen. Von A. H. Hübner. 1921. Oktav. 37 Seiten. M. 1.50

Das Geschlechtsleben der Hysterischen. Eine medizinisch-soziologische und forensische Studie. Von S. Placzek. 1922. Zweite Auflage. Groß-Oktav. VII, 276 Seiten. M. 7.—, geb. 9.—



Forensische Psychiatrie. Von W. Weygandt.

I. Teil: Straf- und zivilrechtlicher Abschnitt. 1908. 145 Seiten.

II. Teil: Sachverständigentätigkeit. 1921. 166 Seiten.

(Sammlung Göschen Band 410 und 411).

Jeder Band gebunden M. 1.50

Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie. Von Karl Kleist. 1925. Oktav. III, 41 Seiten. M. 1.50

Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke. Von G. Aschaffenburg. 1912. Groß-Oktav. 288 Seiten. M. 6.—

